Emil Căpraru

mama și zugarul

EDITURA MEDICALĂ

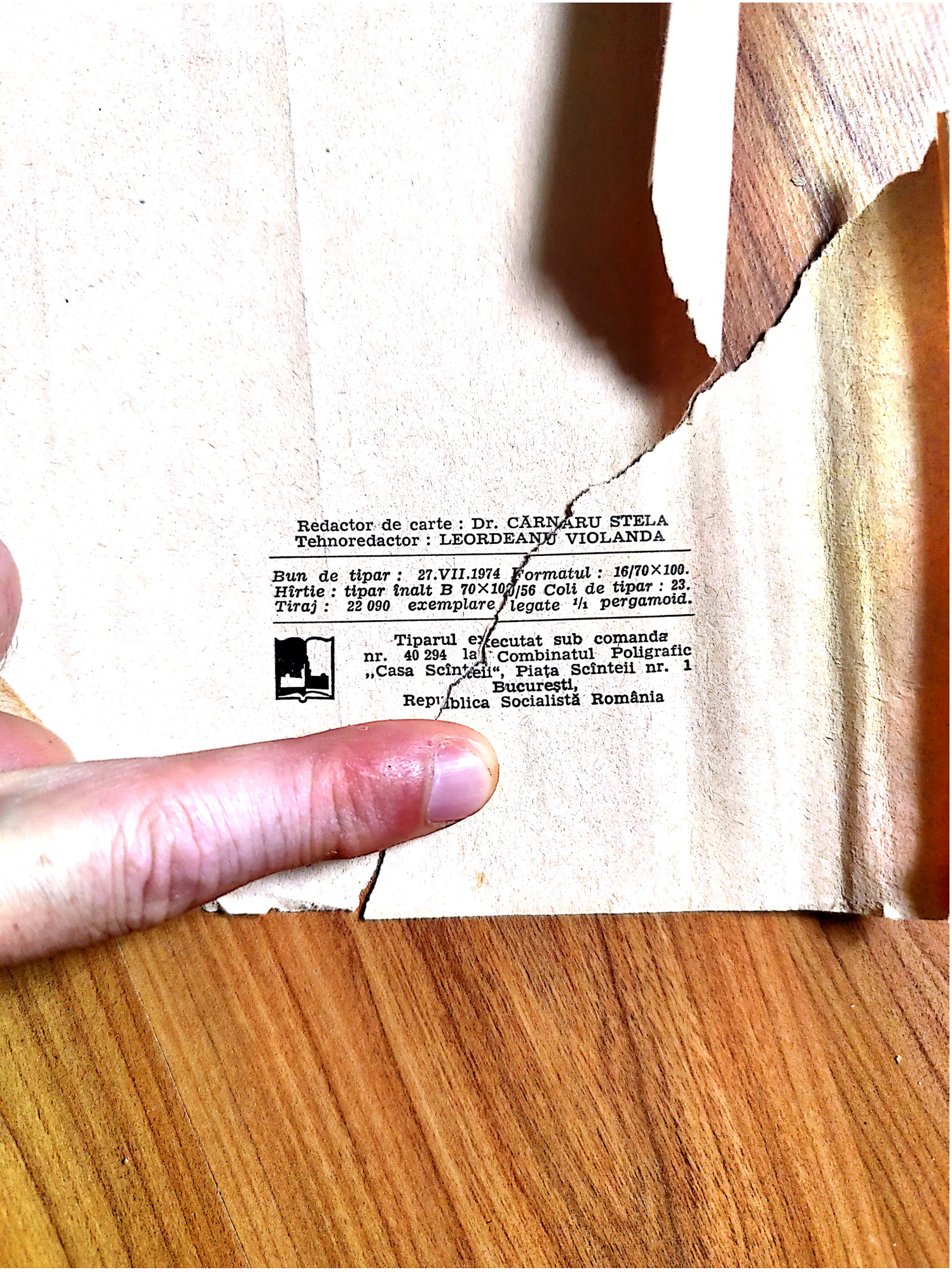
Dr. Emil Căpraru

mama și sugarul

o carte pentru părinți, asistentele de ocrotire și asistentele de pediatrie

EDITURA MEDICALĂ, București – 1974

Scanned with OKEN Scanner



Redactor de carte : Dr. CĂRNĂRU STELA
Tehnoredactor : LEORDEANU VIOLANDA

Bun de tipar : 27.VII.1974 Formatul : 16/70×100.
Hîrtie : tipar înalt B 70×100/56 Coli de tipar : 23.
Tiraj : 22 090 exemplare legate 1/1 pergamoid.

Tiparul executat sub comanda nr. 40 294 la Combinatul Poligrafic „Casa Scînteii", Piața Scînteii nr. 1 București,
Republica Socialistă România

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

În ultimele decenii, cunoașterea copilului (fiziologie, dezvoltare, mod de alimentație) și mijloacele de a preveni și vindeca bolile s-au schimbat radical.

În același timp, transformările sociale, care au adus o legislație întreagă pentru ocrotirea mamei și copilului, au jucat un rol considerabil în ameliorarea situației copilului, în general, și a sănătății sale, în special.

Prin organizarea și finanțarea de către stat a asistenței mamei și a copilului, pe de o parte, iar pe de altă parte, prin achizițiile recente din medicină, morbiditatea (numărul de îmbolnăviri) și mortalitatea infantilă (numărul de decese la copiii sub vîrsta de 1 an la 1 000 de nou-născuți vii) s-a redus foarte mult. O serie de infecții care declanșau epidemii de boli ce duceau mai înainte adesea la moarte (difteria, scarlatina, variola, tusea convulsivă, tetanosul etc.) sau lăsau sechele pe toată viața (paralizia infantilă) sînt pe cale de dispariție, datorită descoperirii și practicării în masă a vaccinărilor. Altele (bronhopneumonia, dizenteria, febra tifoidă, toxicoza etc.), datorită descoperirii antibioticelor și a introducerii metodelor moderne de tratament (terapia intensivă), au devenit vindecabile.

În sfîrșit, viața este din ce în ce mai bine asigurată la copiii născuți înainte de termen și la cei cu o tulburare congenitală, care pînă de curînd erau sortiți pieirii.

La acestea au contribuit achiziții medicale ca: tehnici noi în radiologie, studiile metabolismului apei și electroliților, lămurirea noțiunii de alergie, electroencefalografia, metode noi de laborator, cunoașterea mecanismelor glandelor cu secreție internă, cunoașterea factorilor sanguini de incompatibilitate, genetica, tehnicile moderne chirurgicale și metodele noi practicate

Scanned with OKEN Scanner

în anestezie și reanimare. Antibioticele, chimioterapicele, vaccinurile antimicrobiene și antivirale, insulina, cortizonul, barbituricele, tranchilizantele sînt produsele farmaceutice care au dat medicinii arme cu care sînt înfrînte marea majoritate a bolilor.

Sub ochii noștri se schimbă bolile, comportamentul omului față de ele, atitudinea familiei și a întregii societăți.

În lumea noastră, datorită tuturor acestor factori, pediatria, din individuală și curativă, a devenit socială și preventivă. În cadrul organizatoric și material creat cu atîta largheță de către stat (legislație, maternități, spitale de copii, dispensare, policlinici, cabinete de genetică, cabinete de medicină școlară, preventorii, colonii etc.) sînt chemați să contribuie la apărarea sănătății copilului:

— obstetricienii;
— pediatrii;
— cadrele medii din unitățile materno-infantile;
— părinții.

Acest volum se adresează tuturor celor ce îngrijesc mama și copilul, dar în special asistentelor de ocrotire și părinților, care au contribuția cea mai mare — cu roluri care se intrică —, în îngrijirea gravidei și a sugarului. Țelurile principale ale cărții sînt să dea îndrumările practice cu care să se ferească mama și copilul de primejdiile la care sînt expuși prin greșeli de îngrijire sau de alimentație.

Societatea este datoare să ajute familia și să ghideze pe părinți în aceste 21 luni cruciale (din momentul procreerii pînă la vîrsta de 1 an) pentru întreaga viață a copilului. De aceea se impune o disciplină colectivă de îndeplinire a acestei sarcini din partea: medicilor, asistentelor de ocrotire, asistentelor de pediatrie, părinților, forurilor administrative și financiare, direcțiilor și colectivelor de muncă în care își desfășoară activitatea gravidele și mamele.

Părinții sînt datori să știe tot ce este în legătură cu copilul lor, din momentul procreării și pînă la sfîrșitul creșterii, la adolescență. Aceasta înseamnă că orice părinte are datoria să se inițieze despre: constituție, moștenire ereditară, condițiile de concepție, sarcina, nașterea și tot ce este legat de viața copilului din momentul venirii pe lume pînă cînd devine adult. De felul cum se desfășoară sarcina, nașterea și perioada de sugar depinde întreg viitorul ființei umane.

În această lucrare, fără să omitem noțiunile teoretice strict necesare, am insistat asupra datelor de ordin practic, pe care femeia trebuie să și le însușească pentru a fi în măsură să înfrunte exigențele și pericolele sarcinii,

Scanned with OKEN Scanner

iar după aceea, să facă față problemelor, adesea dificile, pe care le pun îngrijirile și alimentația sugarului.

O foarte mare parte din cele scrise aici se adresează asistentelor de ocrotire. *De altfel, în acest volum s-a amintit adesea despre rolul ce le revine în diferitele situații.* Unele pagini și chiar capitole („Elemente de pediatrie socială") se adresează mai puțin părinților, vizînd mai mult inițierea cadrelor medii de pediatrie, a studenților și chiar a medicilor de circumscripție începători. *În schimb, capitolele I, II, III, IV și V se adresează îndeosebi părinților.*

Indicele de la sfîrșitul lucrării sperăm că va ușura găsirea informațiilor căutate.

În redactarea acestui mic volum m-am inspirat din practica medicală personală și a soției mele, dr. Herta Căpraru Friedsmann, cu care am plănuit și am adunat materialul necesar.

Am folosit de asemenea o serie de lucrări cu accesibilitate largă, apărute la noi și în străinătate.

În sfîrșit, multe din cele scrise sînt învățate de la cei doi maeștri care m-au format ca medic: prof. dr. doc. Alfred D. Rusescu (sub a cărui îndrumare am lucrat ca asistent universitar timp de 8 ani) și dr. Traian Feldioreanu (al cărui subaltern sînt de 18 ani). Și pe această cale, le aduc omagiul și mulțumirile mele.

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

Pag.

Prefață 5

CAPITOLUL I

PERIOADA PRENATALĂ

Despre ereditate 13
Sarcina 15
Rolul asistentei de ocrotire în perioada prenatală 25
Igiena sarcinii 27
Factori și condiții care influențează negativ dezvoltarea fătului 36

CAPITOLUL AL II-LEA

NOU-NĂSCUTUL LA TERMEN (LUNA I)

Adaptarea postnatală a organismului 41
Caracteristici fizice și fiziologice 41
Incidente fiziologice în perioada de nou-născut 45
Îngrijirea nou-născutului în familie 47
Igiena nou-născutului 55
Creșterea și dezvoltarea nou-născutului 58
Alimentația nou-născutului 60
Alimentația naturală 61
Dificultăți de alăptare din partea mamei 71
Dificultăți de alăptare, din partea copilului 75
Alimentația artificială 78

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

CAPITOLUL AL III-LEA

SUGARUL (1 LUNĂ — 12 LUNI)

Criterii de apreciere a stării de sănătate 82
Dezvoltarea psihică şi activitatea sistemului nervos în primul an de viaţă 89
Luna a II-a 91
Luna a III-a 92
Luna a IV-a 93
Luna a V-a 95
Luna a VI-a 96
Luna a VII-a 98
Luna a VIII-a 99
Luna a IX-a 101
Luna a X-a 102
Luna a XI-a 103
Luna a XII-a 104
Somnul 105
Erupţia dentară 109
Alimentaţia 110
Luna a II-a 110
Luna a III-a 113
Luna a IV-a 116
Luna a V-a 117
Luna a VI-a 118
Luna a VII-a 119
Luna a VIII-a 120
Luna a IX-a 121
Luna a X-a 122
Luna a XI-a 122
Luna a XII-a 122
Jocul şi jucăriile 123
Viaţa în aer liber 125
Gimnastica sugarului 127
Călătorii 129
Reluarea activităţii mamei salariate 131
Educaţia. Formarea deprinderilor 133

CAPITOLUL AL IV-LEA

TEHNICA ALIMENTAŢIEI. REŢETE

Reguli generale 138
Alimentaţia naturală 140
Înţărcarea 142
Alimentaţia artificială 144

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Produse industriale pentru alimentația sugarului 148
Preparate industriale de lapte 148
Cereale. Fructe. Zarzavaturi 155
Rețete 158

CAPITOLUL AL V-LEA

ÎNGRIJIREA SUGARULUI. TEHNICI

Camera copilului 174
Trusoul 178
Baia de curățenie 182
Înfășatul 190
Înfășatul sugarului mic (0 — 3 luni) 191
Înfășatul prematurului 195
Înfășatul sugarului mare 195
Schimbatul sugarului 197
Îngrijirea lenjeriei 198
Ținerea sugarului 199
Cîntărirea și măsurarea lungimii 200
Băile medicamentoase 202
Procedee fizioterapice în pediatrie 203
Hidroterapia 204
Termoterapia 209
Tehnici de recoltare 209
Tehnici terapeutice 212

CAPITOLUL AL VI-LEA

ÎMBOLNĂVIRI

Elemente de pediatrie socială 216
Măsuri generale de profilaxie 216
Profilaxia bolilor infecțioase 221
Vaccinări 224
Vaccinarea antivariolică 224
Vaccinarea Di-Te (antidifterică și antitetanică) (D. T.) 229
Vaccinarea împotriva tusei convulsive (anti-pertussis) 230
Vaccinarea contra poliomielitei 233
Vaccinarea cu B.C.G. 236
Organizarea vaccinărilor 238
Intradermoreacția (I.D.R.) tuberculinică la P.P.D. 239
Carențe și dezechilibre alimentare 244
Distrofiile 244
Carențe vitaminice 249
Vitamina A 249
Vitaminele din grupul B 250

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Vitamina C 251
Rahitismul prin carență de vitamină D 252
Anemia hipocromă prin carență de fier 258
Asistența nou-născutului în maternitățile mici 262
A. Organizare și dotare 262
B. Diagnosticul stării copilului în momentul nașterii 265
C. Îngrijirea imediată a nou-născutului sănătos (în sala de naștere) 267
D. Asistența nou-născutului în salonul de nou-născuți 268
E. Reanimarea nou-născutului patologic la naștere 270
Prematuritatea și hipotrofia (dismaturitatea) 277
Epidemiologia, prevenirea și importanța socială a prematurității 277
Plan de îngrijire a prematurilor în maternitate 283
Îngrijirea prematurilor la domiciliu 287
Îmbolnăviri mai frecvente 289
Rolul asistentei de ocrotire în îngrijirea bolnavului la domiciliu 289
În ce situații se apelează la medic? 289
Primele măsuri în caz de îmbolnăviri 291
Boli ale nou-născutului 293
Bolile ombilicului 293
Muguet-ul 294
Bosa serosanguină 295
Cefalhematomul 295
Icterele nou-născutului 295
Infecțiile aparatului respirator 298
Problema „răceală" 298
Rinofaringita acută 300
Adenoidita 302
Otita medie 303
Bronhopneumonia 303
Diareea acută 304
Constipația 308
Inapetența 309
Boli de piele 312
Crustele seboreice. Seboreea capului 312
Eritemul fesier 312
Eczema 312
Infecțiile pielii 313
Boli contagioase 314
Rujeola (pojar, cori) 314
Rubeola (pojărelul) 318
Varicela (Vărsatul de vînt) 319
Cîteva urgențe 321
Accidente și intoxicații 321
Măsuri imediate la locul accidentului 328
Pozițiile terapeutice și transportul copilului bolnav 334
Febra 339
Convulsiile sugarului 344
Carnetul sugarului 347
Bibliografie 361
Index alfabetic 363

Scanned with OKEN Scanner

Perioada prenatală

Despre ereditate

1. Cuvîntul ereditate se trage din termenul latin *hereditas*, care înseamnă moștenire. Prin ereditate se înțelege ceea ce o generație transmite pe cale biologică altei generații.

Știința care se ocupă de ereditate poartă numele de genetică (în limba greacă, *genesis* = naștere).

Intermediarii transmiterii eredității sînt celulele germinale sau gameții (în limba greacă, *gametes* = soți), și anume spermatozoidul (celula masculină care se însemnă cu ♂) și ovulul (celula feminină care se notează cu ♀).

Cele două celule germinative — spermatozoidul și ovulul — se unesc și formează celula-ou din care se dezvoltă organismul uman.

Sarcina de a asigura transmiterea caracterelor ereditare revine în cea mai mare măsură nucleului. Acest fapt se realizează în cursul diviziunii celulare, mitoza, și în timpul diviziunilor de maturare a gameților sexuali, meioză (vezi punctul 10).

2. Cromozomii. În cursul transformărilor amintite, nucleul se modifică complet, dînd naștere unor structuri specifice, cu rol esențial în ereditate: *cromozomii*.

Termenul de cromozomi a fost folosit pentru prima dată la sfîrșitul secolului al XIX-lea, de către anatomistul german Waldeyer, care a observat în celule existența unor filamente necunoscute pînă atunci. În fixarea acestei denumiri, el s-a inspirat din termenii greceşti *khroma* (culoare) și *soma* (corp).

Stabilirea numărului de cromozomi și morfologia lor au fost demonstrate de Tijo și Levan (1956), care au deschis astfel o nouă eră în genetica umană. Cromozomii sînt elemente figurate caracteristice nucleului în momentul diviziunii celulare. Cromozomii au forma de grăunțe, de filamente arcuite sau de bastonașe. Sînt în număr constant, pereche, în toate celulele unui individ și la toți indivizii aceleași specii.

3. Genele (în limba greacă, *genos* = urmaș) sînt unități funcționale purtătoare ale eredității, fixate pe cromozomi. Prin intermediul cromozomilor, genele sînt transmise în mod egal la celulele fiice, în timpul diviziunii mitotice*.

* Mitoză = diviziune celulară în care replicarea cromozomilor și dividerea asigură un număr diploid de cromozomi în fiecare celulă.

Scanned with OKEN Scanner

Numărul cromozomilor rămîne constant, deoarece fiecare diviziune celulară este precedată de o dublare[1] a cromozomilor.

În cadrul diviziunii meiotice[2] — diviziunea de maturație a celulelor germinative —, numărul dublu de cromozomi („diploid"), caracteristic tuturor celulelor organis-

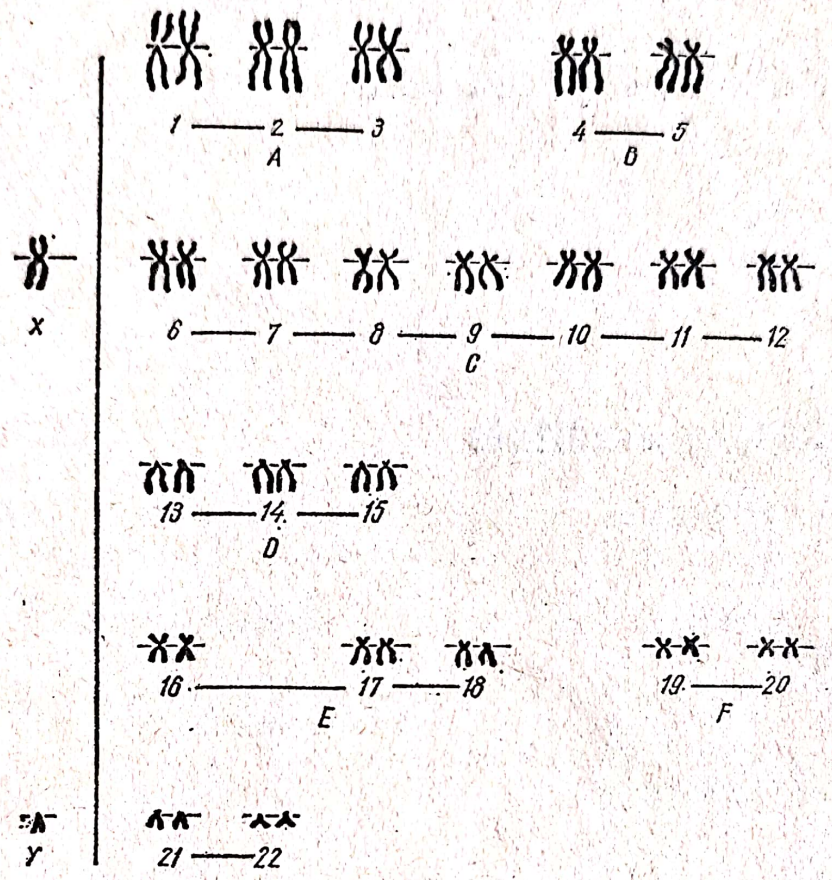


Fig. 1. Cariotipul unui individ de sex masculin (după Harnack).

mului și celulelor germinative nemature, se reduce la numărul simplu, sau haploid[3], al celulelor germinative mature.

Prin fecundație, din două celule germinative mature ia naștere o nouă celulă („zigot")[4], cu număr dublu de cromozomi.

Fiecare dintre celulele omului are 23 de perechi de cromozomi, iar fiecare pereche este constituită dintr-un cromozom care provine de la mamă și un altul care provine de la tată.

4. Determinarea sexului. Cele două sexe (masculin și feminin) au cîte 22 de perechi de cromozomi similari, care au fost numiți autosomi *(cromozomi somatici sau*

---

[1] Diploid = stare în care cromozomii celulelor somatice normale sînt în dublu exemplar (două seturi pereche de cromozomi, adică, la om, 46 de cromozomi în total).

[2] Meioză = proces survenit în gametogeneză, prin care numărul diploid este redus, în spermatozoid și ovul, la jumătate (haploid).

[3] Haploid = un singur set de cromozomi (23 de cromozomi la om). Este starea normală în gameți.

[4] Zigot = ovul fertilizat sau ou (provine de la termenul grecesc *zygos* = jug).

fără sex) și încă o pereche de cromozomi diferiți, care pot să aibă o legătură oarecare cu diferențierea sexuală și de aceea s-au numit *cromozomi de sex*. Cea de a 23-a pereche („cromozomii de sex") este constituită la femeie din 2 cromozomi x, iar la bărbați dintr-un cromozom x și unul Y. Dacă ovulul va fi fecundat de un spermatozoid cu cromozom x va rezulta o fată, iar dacă va fi fecundat de un spermatozoid cu cromozom Y va rezulta un băiat. (Deci, de nașterea unei fete, prilej de supărare în unele cupluri, este vinovat numai tatăl!).

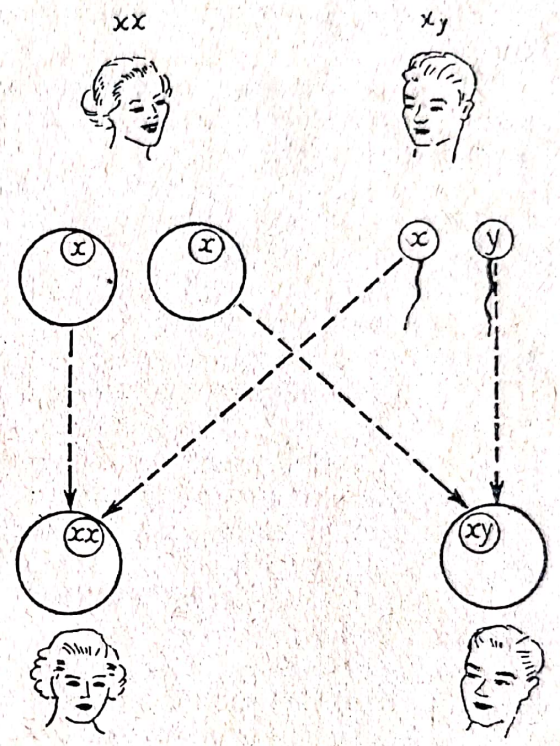


Fig. 2. Determinarea sexului.

5. Bolile genetice au la origine: a) anomalii ale numărului cromozomilor; b) anomalii ale structurii cromozomilor; c) anomalii ale genelor; d) combinații nefavorabile de gene care sînt patologice, fie izolat, fie în combinații.

După autorul american Mc. Kusick, pînă în 1967 s-au descris 1 487 boli ereditare.

6. Cabinete de genetică medicală. În ultimii ani, studiile de genetică au adus cunoștințe noi în materie de ereditate. În orașele mari au luat ființă *cabinete de genetică medicală*, care prin consultațiile și analizele efectuate (determinarea cariotipului, depistarea cuplurilor cu incompatibilitate de Rh sau de grup sanguin, sfaturi pentru evitarea noxelor ce pot îmbolnăvi produsul de concepție etc.) lămuresc o serie de probleme referitoare la descendenții viitorilor parteneri.

Asistenta de ocrotire, care trebuie să cunoască foarte bine populația teritoriului încredințat, este datoare să îndrume spre cabinetele de genetică pe toți tinerii căsătoriți proveniți din familii cu boli mintale sau defecte corporale.

Sarcina

7. Vîrsta cea mai indicată pentru procreare este cuprinsă între 18 și 35 de ani. Este perioada deplinei înfloriri a trăsăturilor feminine, a maturității sexuale care se manifestă organic prin menstruațiile ce survin la intervale regulate. În timp ce între 12 și 18 ani domină problemele de creștere și de formare a personalității, acum, între 18 și 35 de ani, trec pe primul plan instinctele sexuale și relațiile cu sexul opus.

Este important ca femeia să fie informată exact asupra conduitei raționale de adoptat în domeniul relațiilor sexuale, în viața conjugală. O inițiere precisă îi va permite să fie scutită de multe stări de boală și de tulburări psihice. Această inițiere trebuie să aibă loc înaintea căsătoriei.

Apariția unei sarcini stîrnește adesea griji, ușor de înțeles. Unii o doresc, alții o recuză din diferite motive. Nu le vom discuta. *Este important de știut că, din punct*

Scanned with OKEN Scanner

de vedere medical, la prima sarcină, survenită la o vîrstă corespunzătoare, sînt şansele cele mai mari să rezulte un copil sănătos. Pentru unele femei (cele cu Rh negativ, de exemplu) *nu există decît o singură linie de conduită: să păstreze prima sarcină!*

Copiii născuţi la intervale mici beneficiază de cel mai favorabil mediu pentru dezvoltarea şi educaţia lor.

În statul nostru, aşa cum se vede din aliniatul de mai jos, familia cu copii nu este singură!

8. Ocrotirea mamei şi copilului este o problemă de stat în ţara noastră. Statul asigură, prin măsuri legiferate, asistenţa medico-socială a mamelor şi copiilor. Aceasta se concretizează prin:

— consultaţii, tratamente şi medicamente gratuite, asigurate prin policlinici, dispensare şi spitale tuturor gravidelor, lăuzelor şi copiilor din momentul naşterii pînă la vîrsta de 16 ani;

— gravida încadrată în muncă nu poate fi concediată în timpul sarcinii;

— femeile gravide beneficiază de concediu plătit, timp de 52 de zile înainte de naştere şi de 60 de zile după naştere, cu posibilitatea compensării între ele;

— în timpul graviditătii, femeile care prestează munci grele sînt repartizate la munci mai uşoare, fără ca prin aceasta să li se scadă salariul;

— gravidele, începînd din luna a V-a, precum şi mamele care alăptează nu vor fi repartizate la munci de noapte;

— începînd cu luna a VI-a, salariatele gravide nu vor putea fi trimise în delegaţie în alte localităţi, decît cu consimţămîntul lor;

— gravidele bolnave beneficiază de concedii de boală în scop profilactic sau curativ, nelimitat;

— mamele cu peste doi copii primesc la fiecare naştere un ajutor bănesc fix, indiferent dacă sînt sau nu încadrate în cîmpul muncii;

— familiile cu unul din membri angajat în cîmpul muncii primesc ajutoare băneşti lunare în funcţie de venitul lunar şi crescînd progresiv cu numărul copiilor în viaţă (alocaţia de stat);

— în afara repausului de odihnă şi de masă se acordă şi pauze pentru alăptarea copiilor;

— după epuizarea concediului de lăuzie, mamele care alăptează lucrează cu program redus pînă cînd copilul împlineşte 9 luni;

— se distribuie gratuit lapte şi preparate dietetice pentru sugar;

— în cazul îmbolnăvirii copilului, în primii 3 ani de viaţă, mamele beneficiază de concediu plătit pentru îngrijirea copilului;

— mamele care doresc să se ocupe exclusiv de copil au dreptul de a obţine concediu neplătit pe termen mai lung;

— mamele copiilor pînă la 7 ani au dreptul de a fi încadrate cu o jumătate de normă;

— există posibilitatea ocrotirii în colectivităţi organizate închise (Casa Copilului), pentru copiii mamelor cu afecţiuni cronice, deficienţe psihice şi senzoriale, precum şi pentru cei proveniţi din familii dezorganizate;

— copiii salariatelor pot fi ocrotiţi în creşe, cămine şi grădiniţe;

— prin unităţile reţelei de copii, familia beneficiază şi de alte avantaje menite să ocrotească copiii din ţara noastră.

Prin aceste măsuri legiferate şi printr-o serie întreagă de instituţii sociale, medicale şi de educaţie, statul asigură ocrotirea mamei şi copilului.

Scanned with OKEN Scanner

9. Consultaţia prenupţială reprezintă o verigă din lanţul măsurilor profilactice. Ea are ca scop de a analiza *capacitatea procreerii*, făcînd aprecieri pozitive în caz de bilanţ biologic favorabil sau, din contra, negative în cazurile în care se depistează boli ereditare sau infecţioase transmisibile. Această primă consultaţie dinaintea căsătoriei va permite depistarea precoce şi tratarea corectă a tuturor bolilor, manifeste sau latente, care ar putea influenţa funcţia de reproducere a viitoarei mame.

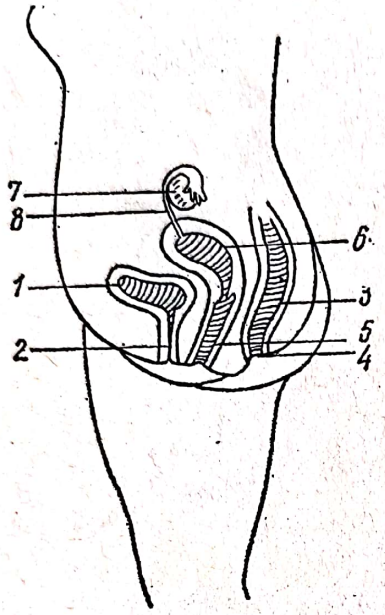


Fig. 3. Organele genitale feminine (secţiune longitudinală).

1 — Vezica urinară. *2* — Uretra (prin care se scurge urina). *3* — Ultimul segment al intestinului gros. *4* — Anusul. *5* — Vaginul (conductul care duce la uter). *6* — Fătul. *7* — Ovarele, în care se formează ovulele, care se detaşează apoi şi se angajează printr-un orificiu de forma unei mîini, care înconjoară ovarul şi care se cheamă trompă. *8* — De la trompă, un foarte mic canal duce oul în uter (după Koller).

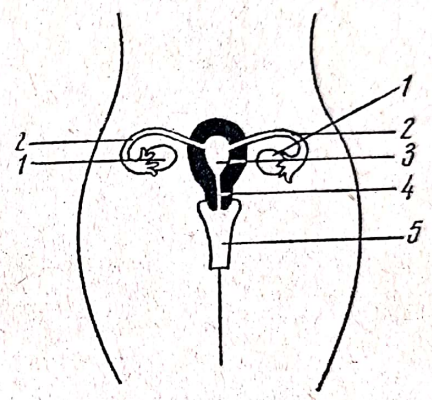


Fig. 4. Organele genitale feminine (secţiune transversală).

1 — Ovarele. *2* — Trompele. *3* — Uterul cu perete muscular gros. *4* — Mic conduct de trecere care duce de la uter la vagin (în timpul naşterii, acest conduct devine extensibil ca un cauciuc). *5* — Vaginul (după Koller).

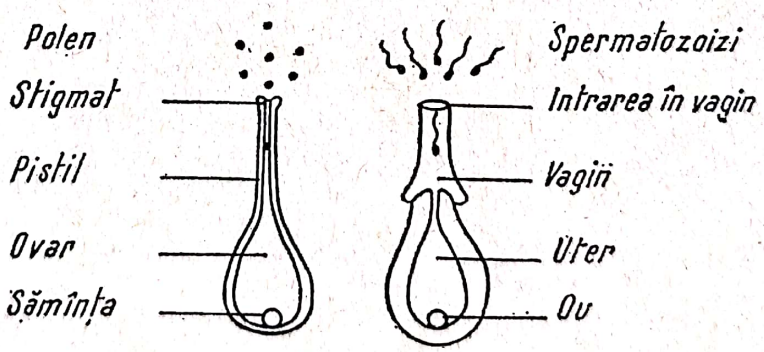


Fig. 5. Fecundaţia la plante şi la om. Comparaţie. Pistilul este un canal care duce la ovar. Ovarul, în termen de botanică, corespunde uterului. În ovar, o sămînţă aşteaptă să fie fecundată. Fecundaţia se face prin polen. Polenul pătrunde în pistil şi atinge sămînţa. Polenul şi sămînţa se unesc una cu alta. Sămînţa fecundată va deveni un fruct. Vaginul este un canal care duce la uter. În uter un ovul aşteaptă să fie fecundat. Fecundaţia se face prin spermatozoid. Spermatozoizii pătrund în vagin, apoi în uter, şi ating ovulul ajuns aici. Spermatozoidul şi ovulul se unesc unul cu altul. Ovulul fecundat va deveni un copil.

Scanned with OKEN Scanner

Examenele medicale (general, neuropsihiatric etc.) și de laborator (Bordet-Wassermann, secreții vaginale, radioscopie pulmonară) efectuate în vederea eliberării certificatului medical prenuptial vor fi apreciate cu toată răspunderea.

Cu acest prilej se discută și probleme de educație sanitară, accentuîndu-se asupra inițierii sexuale.

Căsătorindu-se de tînără, femeia va suporta sarcina cu cele mai puține riscuri posibile. Pentru bărbatul tînăr, căsătoria (mai ales dacă au apărut și copii) constituie

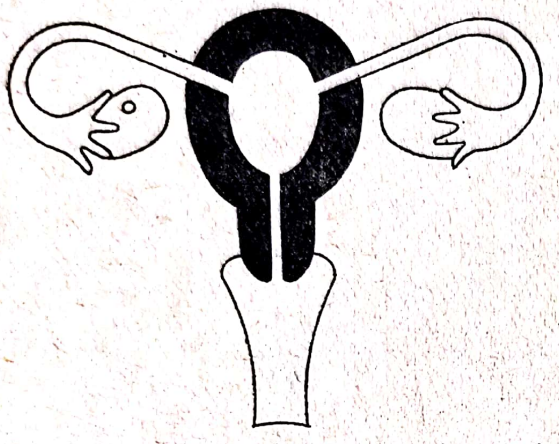


Fig. 6. Un ovul ajuns la maturație în ovarul stîng (ovulul este desenat mult mai mare decît este în realitate).

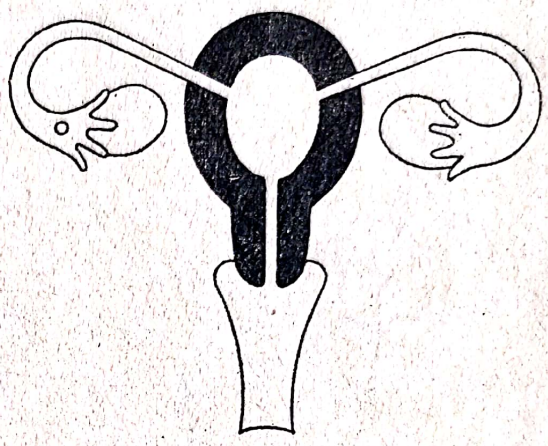


Fig. 7. Ovulul se angajează în trompă.

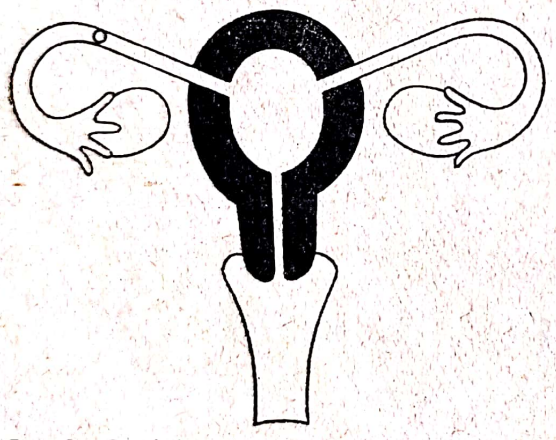


Fig. 8. Ovulul pătrunde în canalul care-l duce spre uter.

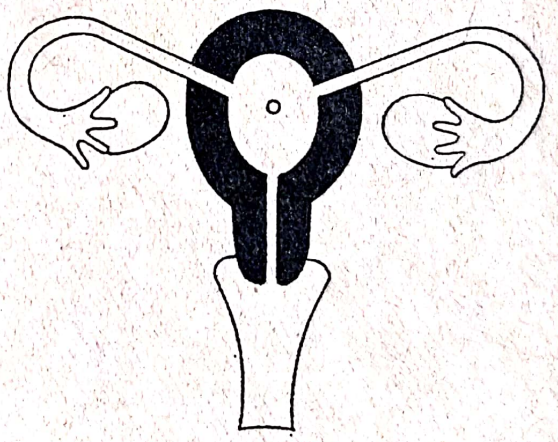


Fig. 9. Dacă este fecundat, ovulul se atașează de membrana fină care căptușește uterul, prin mici rădăcini care pompează sîngele membranei pentru a menține oul în viață.

un bun și puternic stimulent; care-l va îndemna să-și mărească eforturile pe linie profesională. Simțul de răspundere al tinerei femei va crește, de asemenea, în aceste situații. Experiența a arătat că, în general, copiii cei mai dotați și mai capabili rezultă din părinți care, pe lîngă sănătate fizică, prezintă și o oarecare maturitate spirituală. Considerațiile pe care le-am făcut sînt dictate mai ales de faptul că mulți intelectuali tind azi să se căsătorească din ce în ce mai tîrziu și, ceea ce este și mai grav, să aibă copii după ce au trecut ani și ani de conviețuire.

Scanned with OKEN Scanner

10. Fecundația. Repetarea regulată a ciclului menstrual dovedește că de fiecare dată organismul feminin s-a pregătit în mod inutil pentru o sarcină. Toate ovulele care mai tîrziu vor ajunge treptat la maturație se găsesc deja în ovarul nou-născutului de sex feminin. În momentul cînd organismul fetei tinere atinge maturitatea, respectiv cu 15 zile înaintea apariției primei menstruații, un folicul (de la *folliculus*, mic rezervor sub formă de sac, care conține un ovul) se mărește deosebit de mult ca volum. Folicul se sparge și ovulul părăsește suprafața ovarului și pătrunde în pavi-

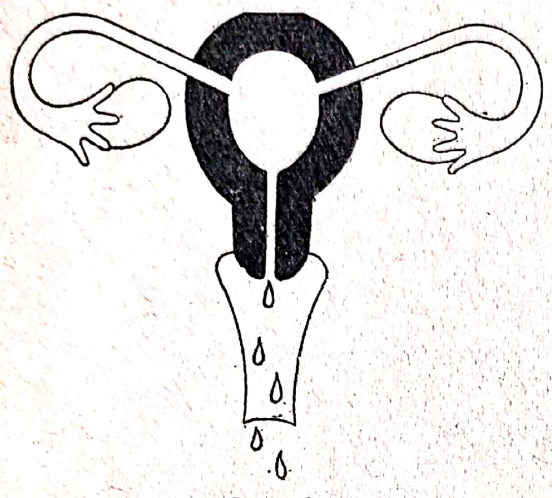


Fig. 10

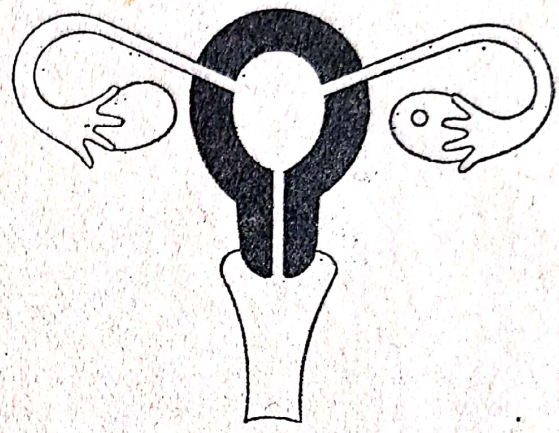


Fig. 11

Fig. 10. După ovulație (desprinderea din ovar a ovulului maturat) dacă ovulul nu a fost fecundat de un spermatozoid, membrana care căptușește uterul se desprinde în mici fragmente și se produce sîngerare; totul se scurge prin vagin (menstruația).

Fig. 11. După cîteva zile, membrana care căptușește uterul începe să se refacă și sîngerarea încetează. Între timp, un alt ovul se maturează în ovarul drept.

Fig. 12. Ciclul reîncepe: noul ovul se lansează în trompă, traversează oviductul, ajunge în uter, așteaptă și după un timp, dacă nu este fecundat, este eliminat.

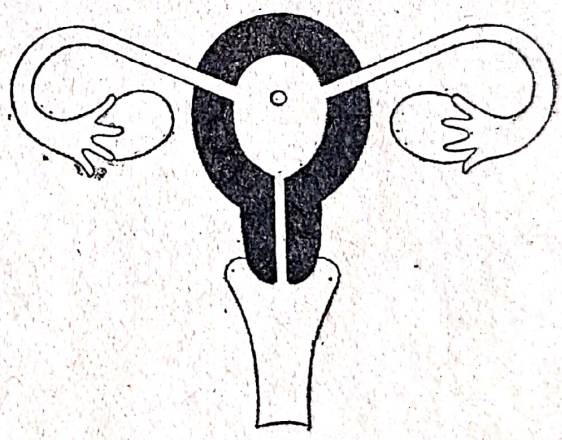


Fig. 12

lionul franjurat al trompei uterine. Printr-un mecanism complicat, ovulul este transportat spre uter. În cazul în care fecundația are loc, organismul feminin prepară mucoasa uterină — prin acțiunea unor glande cu secreție internă, și îndeosebi a celor genitale — în așa fel încît oul (ovulul fecundat) să găsească locul de implantare și hrana necesare instalării și dezvoltării sale. Dacă ovulul piere fără să fi fost fecundat, toate aceste preparative sînt inutile și uterul expulzează întreaga mucoasă îngroșată și încărcată cu materii nutritive. Această detașare a mucoasei provoacă ruperea vaselor sanguine și, ca urmare, hemoragia; momentul detașării mucoasei este cel al menstruației.

Scanned with OKEN Scanner

Ar fi util ca toate femeile să capete obiceiul de a însemna pe un calendar începutul și durata menstruațiilor. Numai prin astfel de notări este posibil să se determine ritmul apariției menstruațiilor și numărul exact al zilelor care le despart. Se constată, astfel, că durata menstruațiilor oscilează între 26 și 30 de zile; uneori acest interval poate coborî pînă la 21 de zile, alteori se poate mări cu 1—2 săptămîni. Grație acestor inscripții regulate și ținînd seama și de eventualele hemoragii intermediare, care îmbracă o importanță cu totul particulară, va fi ușor să se recunoască

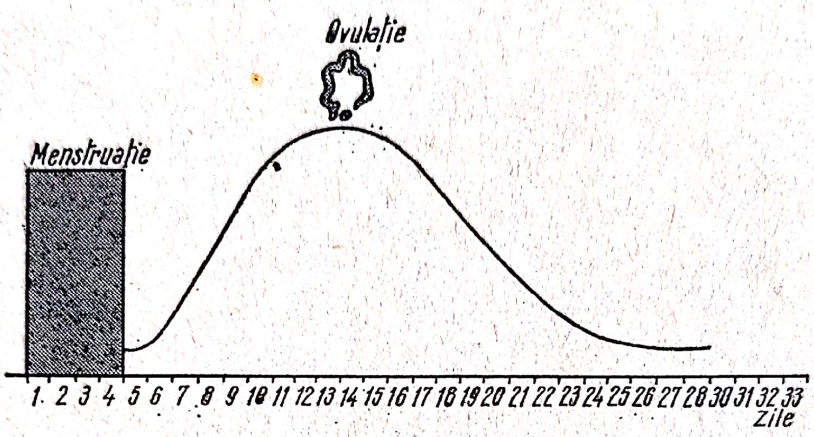


Fig. 13. Aspectul curbei, care nu scade niciodată la zero, arată că există posibilități de fecundare și în afara intervalului optim pentru concepție, chiar și în ultimele zile ale ciclului; în acest din urmă caz, însă, numai dacă ciclul respectiv ar fi prelungit (după Martius).

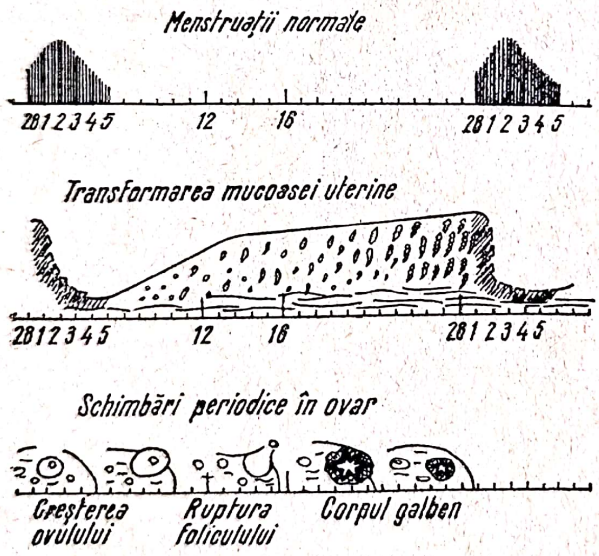


Fig. 14. Transformările periodice ale organismului feminin (după Koller).

Sus — Scurgerea sîngelui (menstruația) este indicată, în diferitele zile ale lunii, prin linii verticale. Intensitatea scurgerii este marcată prin înălțimea liniilor. Se observă că menstruațiile durează în general 5 zile, că în zilele 2—3 sîngerarea este cea mai abundentă și scade spre a 5-a zi. Menstruația următoare survine 28 zile mai tîrziu (ciclul de 28 de zile). Ciclul nou începe cu prima zi a noii menstruații. Zilele cuprinse între aceste două perioade ale menstruațiilor sînt marcate prin liniuțe. Ruptura foliculului survine în principiu între a 12-a și a 16-a zi.

În mijloc — S-au indicat aci, în concordanță cu figura de sus, transformările mucoasei uterului în diferitele zile ale ciclului. Mucoasa se descompune și se detașează în cursul celor 5 zile de menstruație; din ea nu mai rămîne decît un rest, adiacent musculaturii uterului. O dată cu trecerea menstruației, mucoasa crește din nou și rapid în grosime, sub influența substanțelor active care provin din foliculul în curs de maturare; între a 12-a și a 16-a zi, cînd ovulul s-a liberat, mucoasa atinge aproape grosimea pe care o va avea la sfîrșitul ciclului. Numărul și lungimea glandelor conținute în această mucoasă s-au mărit mult.

Jos — Schimbările care survin în ovar între două perioade ale menstruațiilor corespund transformărilor mucoasei uterine. În cursul primelor 12—16 zile, un folicul se mărește; el atinge suprafața ovarului; peretele său subțire se rupe, liberînd un ovul. Imediat după ruperea foliculului matur și expulzarea ovulului, foliculul se transformă rapid într-o nouă glandă cu secreție foarte activă, corpul galben, care va secreta substanțe active timp de 12—14 zile (în caz de sarcină, corpul galben persistă și rămîne activ timp de cel puțin 3 luni); el are rolul de a determina faza secretoare a mucoasei uterine, de a pregăti organele genitale pentru sarcină și de a proteja prima dezvoltare a embrionului în cavitatea uterină.

cea mai mică tulburare. Aceste inscripții precise sînt utile și în stabilirea începutului sarcinii. Semnul cel mai sigur că a avut loc fecundația este lipsa menstruației. Se în-

Scanned with OKEN Scanner

tîmplă cîteodată ca menstruațiile să mai apară încă o dată sau de două ori, la începutul unei sarcini, dar ele sînt atunci mai puțin abundente și de durată mai scurtă.

Multă vreme a domnit o ignoranță completă în ceea ce privește momentul precis al fecundației; nici astăzi, încă, nu au fost dezvăluite în întregime toate necunoscutele acestui proces. Unele constatări, bine stabilite, permit totuși cîteva concluzii practice importante.

Numele lui Ogino și Knaus se leagă de posibilitatea stabilirii momentului precis al fecundației, concepție pe care trebuie să ne ferim de a o supraestima, așa cum o fac unele broșuri de propagandă și unele reclame. Metoda lui Ogino și Knaus poate să se rezume astfel:

Ciclul, adică intervalul de timp care separă prima zi a unei menstruații de ziua ce precede menstruația următoare, durează în medie 28 de zile. În cursul primelor 12—14 zile, un folicul se mărește, își asigură un loc pe suprafața ovarului și se maturează; într-un punct anumit, peretele foliculului devine din ce în ce mai subțire. Între a 12-a și a 16-a zi acest folicul se sparge; ovulul cade, pătrunde în pavilionul franjurat al trompei și este transportat (datorită activității musculare a trompei și mișcărilor cililor epiteliului vibratil din mucoasa trompei) în cavitatea uterină. Foliculul care înconjura ovulul se transformă în corp galben, care-și exercită acțiunea timp de aproximativ 10—14 zile, apoi apare menstruația.

Se admite, ca o cvasicertitudine, că ovulul nu este fecundabil, la femeie, decît într-un interval de timp foarte scurt, probabil numai cîteva ore. Dacă nu este fecundat, piere la cîteva ore după ovulație. Pentru ca fecundația să aibă loc este necesar ca spermatozoizii să se găsească în jurul ovulului. Dintre numeroșii spermatozoizi care asaltează ovulul, cîțiva avansează intrînd în deutoplasmă (al doilea strat al plasmei), iar dintre aceștia unul singur pătrunde în nucleul celulei. Capul acestui spermatozoid se unește cu pronucleul ovulului, dînd naștere unui nou individ, cu un număr diploid (dublu) de cromozomi.

Spermatozoizii ajung, grație propriilor mișcări, din vagin în uter și în trompă. S-a dovedit că spermatozoizii pierd capacitatea lor de fecundare după 2 × 24 ore.

Dacă se admite această premiză a viabilității scurte a gameților (cîteva ore ovulul; 2 × 24 ore spermatozoizii) și dacă ovulația ar avea loc numai într-un interval scurt, de cîteva zile, în perioada dintre 2 menstruații, atunci coabitarea ar fi aptă de a duce la fecundare doar în cursul a cîtorva zile din mijlocul ciclului menstrual: femeia nu ar fi fecundată decît în cursul celor 2 zile ce preced ruptura foliculului; în toate celelalte zile, fecundația ar fi exclusă. Realitatea nu corespunde însă întru totul acestei concepții.

Dificultatea rezidă în aceea că nu se poate determina exact momentul ruperii foliculului și al eliberării ovulului. Se știe bine că aceasta are loc, în general, pentru un ciclu de 28 zile, între a 12-a și a 16-a zi a ciclului (deci o perioadă de 5 zile). Dar numărul zilelor în cursul cărora fecundația poate să se producă se ridică în realitate la șapte, întrucît trebuie socotite și cele două zile în care spermatozoizii rămîn apți de fecundație. Însemnarea precisă a menstruațiilor relevă, în plus, la aproape toate femeile, variații de 1—2 zile în durata ciclului, adesea chiar de mai multe zile. Această diferență de durată a ciclului nu este fără influență asupra momentului precis al liberării ovulului. S-a stabilit că există o strînsă relație între maturația ovulului și apariția menstruației următoare. Cînd ciclul este mai scurt, maturația are loc mai curînd, iar cînd ciclul este mai lung maturația se produce mai tîrziu. *Sarcinile repetate, alăptarea, avorturile, bolile grave, surmena-*

Scanned with OKEN Scanner

jul fizic, emoțiile, călătoriile, variațiile de climă pot provoca, de asemenea, modificări în durata ciclului, modificări care se însoțesc totdeauna de o deplasare a zilei în care se rupe foliculul. La femeia care depășește 35—40 de ani, modificările ciclului survin fără vreo motivare aparentă. Rezultă că determinarea zilelor fecunde la femeie se izbește de dificultăți considerabile.

Pentru femeile care au menstruații regulate (ciclul de 28 de zile) se poate admite că fecundația nu se poate produce în cursul zilelor care urmează imediat după menstruație (pînă la aproximativ 7 zile) și în zilele care preced menstruația următoare (după a 18-a zi). Așadar, perioada de nefecundabilitate fiziologică poate fi stabilită numai la femei cu un ciclu regulat de 27 — 29 zile. În acest scop, Knaus recomandă alcătuirea unui calendar menstrual pe o perioadă de cel puțin un an. Pentru a determina zilele fecunde în caz de ciclu schimbător, se scade 19 din cifra cea mai mică și 12 din cifra cea mai mare.

Exemplul A:

Ciclul de 24—29 zile: 24 — 19 = 5; 29 — 12 = 17.

Fecundația este posibilă din a 5-a pînă în a 17-a zi.

Exemplul B:

Ciclul de 27 — 30 zile: 27 — 19 = 8; 30 — 12 = 18.

Fecundația este posibilă din a 8-a pînă în a 18-a zi.

11. Calculul duratei sarcinii. În general, momentul fecundării nu se poate determina cu exactitate. Ca urmare, în practica medicală, durata sarcinii se calculează pornind de la prima zi a ultimei menstruații. Sarcina durează 280 zile (± 11 zile) sau, altfel exprimat, 10 luni a 28 de zile. Durata adevărată a sarcinii, începînd din ziua fecundației, este mai scurtă cu 12 zile; ea este socotită de aproximativ 272 zile. Pentru a determina în mod practic termenul nașterii se folosește încă, ca fiind mai simplă, vechea metodă, pentru 280 de zile: ne întoarcem cu 3 luni înapoi de la ultima menstruație și adăugăm 7 zile (tabelul I). Din acest calcul

TABELUL 1

Tabel de calculat termenul nașterii (după Koller)

(28 zile după prima zi a ultimei menstruații)

I.M. Ian.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N. Oct.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7	9	Nov.
I.M. Febr.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27			
D.N. Nov.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	2	4	6			Dec.
I.M. Mart.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N. Dec.	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7	Ian.
I.M. Apr.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29		
D.N. Ian.	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5		Feb.
I.M. Mai	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N. Febr.	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	1	3	5	7	9	Mart.
I.M. Iun.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29		
D.N. Mart.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7		Apr.

Scanned with OKEN Scanner

I.M.	Iul.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N.	Apr.	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	3	5	7	9	Mai
I.M.	Aug.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N.	Mai	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7	9	Iun.
I.M.	Sept.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29		
D.N.	Iun.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	2	4	6	8		Iul.
I.M.	Oct.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N.	Iul.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7	9	Aug.
I.M.	Nov.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29		
D.N.	Aug.	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	1	3	5	7		Sept.
I.M.	Dec.	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	
D.N.	Sept.	10	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	1	3	5	7	9	Oct.

I.M. = Începutul ultimei menstruații.
D.N. = Data nașterii.

nu rezultă totuși decît săptămîna în cursul căreia se va produce probabil nașterea. Pentru calcule *se poate folosi, de asemenea, ziua primei mișcări a fătului; la primipare ea indică exact jumătatea sarcinii; la multipare, primele mișcări fetale se simt cu 2—4 săptămîni mai devreme.*

Durata sarcinilor, chiar a celor pe de-a întregul normale, este supusă și ea la variații, așa încît nașterea poate surveni cu două sau chiar trei săptămîni mai devreme sau mai tîrziu decît a fost prevăzut.

12. Primele simptome ale sarcinii. În general, absența menstruațiilor face să se bănuiască că o fecundație a avut loc cu două săptămîni mai devreme. În cazul survenirii unei sarcini, organismul femeii este supus unor modificări bine conturate, dar foarte variate, care prezintă adesea un caracter special pentru fiecare femeie.

Glanda mamară crește în volum, determinînd o oarecare senzație de tensiune locală și adesea ușoare dureri. Aproape în același moment, unele femei au grețuri sau chiar vărsături, care survin dimineața, dar nu perturbează (în cazurile ușoare) nici pofta de mîncare și nici alimentația. În general, femeile se simt bine, în afară de o oarecare senzație de greutate în partea de jos a abdomenului. Un număr de gravide încep să crească imediat în greutate. Organismul reține mai multe lichide, ceea ce face ca formele și îndeosebi fața să se rotunjească. Există uneori și oarecari modificări ale comportamentului, dorința de a mînca anumite alimente.

După trecerea primelor luni apar uneori modificări în coloratia pielii: la unele femei se formează pete brune-închise pe frunte și pe obraji; areola mamelonului devine adesea foarte închisă la culoare; pe linia mediană a abdomenului, între ombilic și pubis, apare o dungă de culoare brună. Aceste modificări sînt mai pronunțate la femeile cu pielea și cu părul de culoare închisă.

După cîteva săptămîni apar scurgeri vaginale de culoare albă-gălbuie, care persistă adesea (spre marea neplăcere a femeii însărcinate) pînă în momentul nașterii; ele sînt expresia unei congestii a organelor genitale.

13. Existența sarcinii trebuie constatată de medic. La 6—8 săptămîni de la dispariția menstruației, femeia este datoare să meargă la medicul obstetrician,

Scanned with OKEN Scanner

singurul în măsură să confirme existența sarcinii. Acesta va face un examen amănunțit al întregului organism și îndeosebi al organelor genitale. În continuare, controalele regulate vor da prilejul medicului să dea sfaturile potrivite și să verifice dacă sarcina evoluează normal.

14. Teste speciale pentru confirmarea sarcinii. Dacă sînt îndoieli asupra realității sarcinii, există posibilitatea de a obține confirmarea prin injectarea la unele animale (șoarece, cobai, broască) de sînge sau de urină provenită de la femeia presupus însărcinată.

15. Consultațiile prenatale au scopul de a asigura:

— desfășurarea sarcinii în limite fiziologice;

— desfășurarea nașterii și lăuziei fără complicații;

— dezvoltarea unui făt sănătos.

Prima condiție pentru atingerea acestor deziderate este *depistarea precoce și luarea în evidență a gravidei* încă din primele săptămîni de sarcină.

În asistența gravidei participă medicul de întreprindere (sau, în lipsa acestuia, medicul de circumscripție), obstetricianul, alți specialiști interesați, moașa, iar în ultimele luni de sarcină asistenta de ocrotire.

Reușita acestei munci medicale colective depinde în mare măsură de colaborarea conștientă a gravidei.

16. Depistarea și luarea în evidență realizează cunoașterea gravidei în tot contextul ei social și biologic, favorabil sau defavorabil sarcinii.

Luarea în evidență constă din întocmirea fișei gravidei, care cuprinde, pe lîngă datele personale, biologice, sociale, și fenomenele fiziologice sau tulburările legate de sarcină. Pe parcurs se consemnează rezultatele examenelor periodice, consulturile cu diferiți specialiști, datele de laborator, măsurile luate și concluziile de etapă.

17. Examenul medical. Medicul va efectua măsurătorile bazinului, pentru a putea să stabilească, în caz că acestea sînt necorespunzătoare, atitudinea ce urmează să fie adoptată la naștere.

De asemenea, medicul va controla funcțiile generale ale organismului femeii însărcinate. Dezvoltarea fătului necesită un mare aport de energie, iar organele de reproducere și întreg organismul femeii trebuie să se adapteze la obligații noi. Este vorba, deci, de o enormă hiperfuncție a organelor: rinichii, ficatul, inima și plămînii sînt supuse unui efort suplimentar, la care pot face față numai niște organe sănătoase. Din aceste motive este indicat, printre altele, ca prima sarcină să fie purtată în tinerețe, avînd în vedere că un organism tînăr poate suporta, fără prejudicii pentru el, transformări dintre cele mai importante. Orice sarcină ulterioară implică, de asemenea, mari solicitări și pe bună dreptate s-a spus că fiecare copil pune la contribuție și utilizează în parte cele mai bune resurse ale mamei sale.

18. Examene de laborator. În urma celor constatate la examenul obiectiv medical, precum și a celor relatate de femeie, medicul poate indica unele examene suplimentare de laborator: examenul urinii, hemograma, controlul periodic al tensiunii arteriale, eventual o electrocardiogramă la femeile cu o cardiopatie (boală de inimă), determinarea grupului sanguin și a factorului Rh, titrul anticorpilor etc.

19. Dimensiunile uterului. Mărimea puiului de om în cavitatea uterină este de 9 cm în a 12-a săptămînă, de 20 cm în a 20-a, de 35 cm în a 28-a (începutul viabilității prematurilor) și de 50 cm în a 40-a săptămînă (distanța talpă—creștetul capului). Cînd sarcina este destul de avansată, vîrsta copilului se poate recunoaște cu aproximație după înălțimea uterului. La femeile (foarte) scunde sau (foarte) înalte,

Scanned with OKEN Scanner

deducțiile rezultate din determinarea poziției fundului uterului sînt mai puțin exacte. În afara unor asemenea cazuri speciale, în medie se întîlnesc următoarele repere:

— fundul uterului atinge regiunea ombilicală în cursul celei de a 24-a săptămîni de sarcină;

— ajunge la marginea inferioară a arcului costal drept în săptămîna a 36-a, iar

— în a 40-a săptămînă se găsește la egală distanță de ombilic și de marginea inferioară a sternului. Așadar, cu 4 săptămîni înainte de termen, uterul atinge nivelul cel mai ridicat.

20. Mișcările fătului sînt simțite de mamă:

— în jurul celei de a 22-a săptămîni la prima sarcină;

— începînd din a 18-a săptămînă la sarcinile ulterioare.

21. Bilanțul stării de sănătate. Pe baza datelor furnizate de consultul genetic, de examenul făcut de obstetrician și de investigațiile de laborator se va face bilanțul stării de sănătate, apreciind posibilitățile adaptative ale organismului femeii la solicitările impuse de sarcină și de naștere.

În caz că femeia este aptă de a duce sarcina și nașterea la bun sfîrșit, se va fixa planul de urmărire profilactică în funcție de situația sa actuală și, în general, de starea sa de sănătate. Se vor trata: anemia, cariile și infecțiile dentare, infestările parazitare sau infecțiile genitale etc.

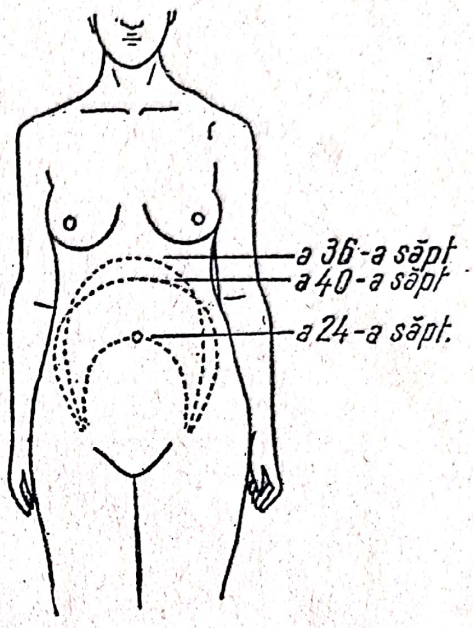


Fig. 15. Dimensiunile uterului în timpul sarcinii.

O grijă deosebită se va acorda asistenței gravidelor-problemă, cu risc obstetrical, dintre care fac parte:

— gravidele cu antecedente obstetricale și ginecologice importante;
— gravidele vîrstnice;
— gravidele cu distocii de bazin osos sau moale;
— gravidele cu incompatibilitate de Rh sau de grup sanguin;
— gravidele cu boli proprii sarcinii;
— gravidele cu boli concomitente sarcinii;
— gravidele cu sarcini nedorite;
— gravidele luate în evidență tardiv;
— gravidele din zone geografice greu accesibile.

Rolul asistentei de ocrotire în perioada prenatală

22. Programarea vizitelor. Din luna a VII-a, alături de medicul obstetrician, de medicul de circumscripție și de moașă, în asistența gravidei se alătură asistenta de ocrotire, care este obligată să efectueze cel puțin o vizită lunară, pînă la nașterea copilului. Dacă se ivesc probleme medico-sociale deosebite, vizitele pot fi mai numeroase. În caz de nașteri premature, asistenta de ocrotire este obligată să

Scanned with OKEN Scanner

viziteze (1—3 ori) familia lăuzei, pentru a organiza pregătirile pentru primirea în condiții corespunzătoare a lăuzei și a nou-născutului.

În timpul cînd mama este internată în maternitate, asistenta de ocrotire se interesează de felul cum a decurs nașterea, de starea de sănătate a mamei și copilului și, în același timp, asigură legătura cu familia.

În cazul în care în familie au apărut boli infecto-contagioase care pun în pericol viața copilului (gripă, dizenterie, tuse convulsivă, tuberculoză evolutivă etc.) este anunțată maternitatea și se amînă externarea copilului și mamei.

Urmărirea și îndrumarea eficientă a gravidelor, folosirea, conform prevederilor legale, a concediului prenatal (cu 52 de zile înainte de naștere) și internarea la timp în Maternitate sau în Casa de naștere sînt factori care au o influență covîrșitoare asupra morbidității și mortalității infantile în general și asupra profilaxiei prematurității în special.

23. Conținutul activității asistentei de ocrotire în timpul sarcinii. Scopul activității asistentei de ocrotire este de a feri pe viitoarea mamă și pe copil de primejdiile la care sînt expuși printr-un mod de viață necorespunzător și printr-o alimentație greșită. Numeroase îmbolnăviri pot fi evitate (sau efectele lor diminuate) dacă se iau la timp unele măsuri preventive. Asistenta de ocrotire trebuie să indice, într-un limbaj accesibil, metodele cele mai bune, în funcție de studiile mamei, de starea economico-socială a familiei și de condițiile particulare ale fiecărui cuplu.

Asistenta de ocrotire are datoria să cunoască și să completeze educația sanitară a viitoarei mame.

Încă de la prima convorbire, avînd grijă să menajeze toate susceptibilitățile mamei, asistenta de ocrotire va căuta să-i cunoască particularitățile de ordin material și social:

— *venitul lunar;*
— *condițiile de locuit, specificul locului de muncă;*
— *dacă este căsătorită legitim;*
— *dacă viața familială se desfășoară armonios;*
— *gradul de instruire al mamei și profilul ei psiho-social;*
— *dacă mama și tata doresc copilul (element esențial de cunoscut pentru organizarea protecției viitorului copil).*

Acolo unde această anchetă evidențiază condiții nefavorabile, asistenta de ocrotire va încerca — dacă este posibil — să le rezolve cel puțin în parte. La nevoie va anunța serviciul de prevederi sociale, care va da mamei îndrumările necesare pentru obținerea sprijinului legal (mame părăsite, mame care fac parte din familii ce le renegă etc.) sau în vederea ocrotirii copilului la Casa copilului.

Dacă în cadrul profesiunii, condițiile de lucru, prin specificul muncii, pot influența negativ sănătatea gravidei sau evoluția sarcinii (statul prelungit în picioare, mediu toxic, muncă de noapte, eforturi fizice exagerate, microtraumatisme) se va lua legătura cu instituția, pentru schimbarea locului de muncă. Femeile care lucrează în întreprinderi industriale în care există emanații toxice (fabrici de substanțe insecto-fungicide, fabrici de cauciuc, tipografii, fabrici de coloranți, unele secții ale fabricilor de încălțăminte sau de textile), în laboratoarele cu manipulare de substanțe toxice, în secțiile de boli infecțioase ale spitalelor, femeile-șoferi sau conducători de tramvaie etc. vor trebui schimbate din aceste munci care influențează nefavorabil dezvoltarea fătului. Sportivele pot continua exercițiile fizice obișnuite, interzicîndu-se însă activitatea de competiție, precum și toate sporturile

Scanned with OKEN Scanner

care cer eforturi deosebite: înotul, alpinismul, alergările, schiul, patinajul, săriturile. În ultimele luni se interzic plaja și băile în mare sau la ștranduri. În schimb, în afară de cazurile în care gravida prezintă pierderi de sînge sau contracții uterine, plimbările pe jos și exercițiile ușoare de gimnastică se continuă zilnic pînă la naștere.

Asistenta de ocrotire *instruiește părinții cu privire la îngrijirea și creșterea copilului*. Se face planul de procurare a trusoului copilului și a mobilierului necesar. Multe familii refuză să înceapă procurarea obiectelor necesare, înainte de naștere, totuși asistenta de ocrotire va încerca să convingă gravida să confecționeze singură o mare parte din obiectele de lenjerie. Procurarea mobilierului poate fi, eventual, începută în timpul cît gravida este la maternitate și se va completa cînd copilul a fost adus în familie.

Începînd din luna a IX-a, cînd, teoretic, nașterea poate surveni oricînd, asistenta de ocrotire, împreună cu moașa, va învăța pe gravidă să-și pregătească din timp valiza cu obiectele necesare în timpul internării: prosoape curate, săpun de toaletă, pastă și perie de dinți, pieptene și perie pentru păr, batiste, o băsmăluță, o cană, o linguriță, zahăr, eventual cîteva lămîi, iar pentru cele care au deprinderea, cîteva cărți de citit.

Igiena sarcinii

24. Dezbaterea problemelor de igienă a sarcinii se face în cadrul consultațiilor prenatale și cu ocazia vizitelor la domiciliu ale moașei și asistentei de ocrotire.

Convorbirile vor fi purtate asupra următoarelor probleme: modul general de comportare, alimentația, combaterea constipației, curățenia și îngrijirea corpului, îmbrăcămintea, contactele sexuale, igiena psihică etc.

25. Modul de comportare al femeii în cursul primei jumătăți a sarcinii impune o atenție particulară, cu toate că sarcina este o stare fiziologică. Dacă modificările psihice nu depășesc limitele normale, gravida poate să-și continue activitatea obișnuită.

26. Alimentația. Înainte de a se naște, copilul depinde exclusiv de alimentația mamei, așa că regimul alimentar al gravidei joacă un rol foarte important. Dacă mama se subalimentează, fătul își va procura principiile alimentare necesare dezvoltării din rezervele mamei, care slăbește, se anemiază și devine inaptă să facă față solicitărilor legate de actul nașterii, de alăptare și de îngrijirea copilului. Un regim alimentar sărac primejduiește ambele vieți. De aceea se indică o alimentație variată, bogată, ușor de asimilat. Regimul alimentar al gravidei nu diferă în general de cel dinaintea sarcinii, ci va fi doar ușor îmbogățit. Se recomandă o alimentație echilibrată, care să conțină toate principiile alimentare: proteine, glucide și grăsimi, vitamine și săruri minerale. Se contraindică excesele alimentare care duc la creșterea exagerată în greutate. Femeile cu tendință la obezitate vor fi sfătuite ca în cursul gravidității să reducă consumul de grăsimi, dulciuri și făinoase. În timpul sarcinii, femeia crește în greutate cu aproximativ 8—10 kg, adică în medie 1 kg pe lună sau 250 g pe săptămînă. Un adaos mai mare în greutate supune organismul la un efort suplimentar și stînjenește însuși actul nașterii. În plus, după naștere, revenirea la greutatea inițială se face foarte greu. De aceea, spre sfîrșitul sarcinii se va insista pentru un regim bogat în fructe, legume și proteine. Componentele rației alimentare vor fi:

Scanned with OKEN Scanner

a) *Proteinele*. În timp ce calciul și fosforul formează cadrul de susținere (scheletul) pentru organismul fătului, proteinele furnizează materialul de construcție pentru țesuturile și organele sale. Rația normală de proteine la femeia însărcinată se ridică la 72 g pe zi (cu 50% mai mult decît în mod obișnuit). În același timp este util să se țină seama și de valoarea biologică a substanțelor proteice: proteinele de origine animală au o valoare biologică mai ridicată. Mai mult de jumătate din nevoile de proteine ar trebui să fie acoperite de proteinele de origine animală. Rația normală de proteine nu trebuie însă depășită la femeia însărcinată. În caz de consum prea mare de proteine apare primejdia încărcării organismului cu produse de degradare, de substanțe toxice (de exemplu: ureea).

Proteinele de origine animală se găsesc în: carne, ouă, lapte, brînză și pește. Necesarul pe o zi la o gravidă se asigură prin consumul a 125—150 g carne, un ou și 500 ml lapte sau produse lactate (iaurt, brînză proaspătă de vaci etc.). Se evită brînzeturile grase sau sărate (telemeaua de oi, brînza de burduf etc.). Se preferă carnea slabă de găină, pui, curcan, vită, viței, oaie, porc. Este recomandabilă abținerea de la carnea grasă, ca și de la preparatele piperate de carne. Carnea și ouăle sînt sursele cele mai bogate în proteine și sînt practic egale ca valoare. Ouăle sînt de asemenea bogate în fier și vitamine. În cazul că gravida nu prezintă alergie la ouă, va *mînca un ou pe zi*. În zilele în care ea nu consumă carne se crește cantitatea de lapte și produse lactate.

Proteinele de origine vegetală. Cu toate că valoarea biologică a proteinelor vegetale este inferioară față de cea a proteinelor de origine animală, nu trebuie să li se subaprecieze utilitatea în alimentația femeii gravide. În natură, proteinele vegetale se întîlnesc totdeauna în asociere cu vitaminele și substanțele minerale, care sînt de importanță deosebită pentru organismul femeii însărcinate. Din acest motiv, pîinea integrală și produsele de cereale complete sînt de preferat făinurilor cernute foarte fin. De asemenea, cartofii și legumele (fasolea, mazărea) aduc organismului proteine, vitamine și săruri minerale în proporții zise biologice.

Dacă nu se acoperă necesarul de proteine în timpul sarcinii, femeia se va simți obosită, iar deficitul marcat de proteine poate duce la leziuni hepatice și edeme.

b) *Grăsimile*. La femeia însărcinată, funcțiile hepatice sînt mult solicitate, iar o supraîncărcare a lor poate provoca tulburări. La femeia neînsărcinată, rația normală de grăsimi este de 57 g pe zi; această rație nu trebuie depășită în perioada de graviditate. În plus, se va veghea ca nevoile de lipide să fie acoperite cu grăsimi de valoare biologică mare (unt, ulei de măsline, ulei de floarea soarelui, ulei de porumb, alte uleiuri vegetale). Se vor evita mîncărurile prea grase, untura, slănina.

c) *Hidrocarbonatele (glucidele)*. În acest grup intră: pîinea, cartofii, toate cerealele și dulciurile. Nevoile suplimentare de calorii ale gravidei se acoperă prin hidrați de carbon, care solicită cel mai puțin metabolismul. Nevoile de hidrocarbonate se apreciază la 390 g/zi. Se indică să nu se folosească glucide rafinate (zahărul, făina albă de patiserie), ci să se prefere hidrocarbonate care conțin vitamine și săruri minerale (fructe, zarzavaturi proaspete, legume, cartofi).

d) *Vitaminele*. În timpul sarcinii, cerințele de vitamine cresc. Un regim variat, care cuprinde din abundență zarzavaturi și fructe proaspete, acoperă în general nevoile de vitamine, chiar la femeia gravidă. Trebuie vegheat ca:

— prin tehnicile culinare să nu se distrugă unele vitamine (de pildă, vitamina C);
— să se folosească grăsimi care conțin vitamine (untul) și
— activitatea intestinală să fie normală.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul iernii, alimentele conțin mai puține vitamine, așa că este necesar ca medicul să prescrie preparate industriale de vitamină, fie produse multivitaminate, fie vitamine izolate.

Vitamina A. Lipsa ei predispune organismul gravidei la avort spontan, scăderea vederii, leziuni oculare și ale pielii. Această vitamină se găsește în cantități suficiente în untura de pește, ficat, gălbenuș de ou, lapte, morcov, spanac, ceapă verde, roșii, salată, mărar etc. Administrarea sub formă medicamentoasă se face numai la recomandarea medicului.

Vitaminele din grupul B sînt absolut necesare gravidei și fătului. Lipsa lor determină oboseală, dureri ale extremităților, dispariția poftei de mîncare, edeme. Ele se află în cantități mari în pîinea neagră, în drojdia de bere, ficat, carnea slabă de porc, carnea de vacă și de pasăre, ouă, fulgi de ovăz, spanac etc. La nevoie se pot administra sub formă de preparate medicamentoase (Electovit, tablete de vitamina B_1, Complex B forte, fiole de B complex, B_6 etc.).

Vitamina C mărește rezistența organismului la infecții, ajută absorbția intestinală, reduce permeabilitatea vaselor. Lipsa ei provoacă oboseală, pierderi de sînge, avorturi sau nașteri premature. Vitamina C se găsește în toate fructele și zarzavaturile proaspete. Prin fierbere se distruge în mare parte. În timpul lunilor de iarnă și de primăvară, cînd lipsesc fructele și zarzavaturile proaspete, este indicat consumul de lămîi și portocale; în lipsa lor gravida va lua cîte 2—3 tablete de vitamină C_{200} pe zi.

Vitamina D se găsește numai în untura de pește și în cantități foarte mici în unt, ficat, gălbenuș de ou. Sub influența razelor ultraviolete solare asupra pielii, organismul uman își sintetizează singur cantitatea necesară de vitamină D, care are un rol important în metabolismul calciului, la mamă și la făt. *Administrarea de preparate de vitamină D este necesară*, dar se va face strict sub supravegherea medicului, *întrucît s-au descris accidente la făt prin supradozarea vitaminei D la mamă.*

Vitamina E se găsește în legume verzi, cereale, zarzavaturi, lapte. Contribuie la buna dezvoltare și păstrarea sarcinii, precum și la menținerea unei bune circulații în vasele capilare. Administrarea sub formă medicamentoasă se face numai la indicația medicului obstetrician.

e) *Sărurile minerale* ocupă un loc important în alimentația gravidei. Un regim alimentar adecvat trebuie să conțină o cantitate *optimă* de substanțe minerale. Aportul exagerat de sare, mai ales în ultimele luni de sarcină, favorizează apariția edemelor. Din acest motiv, *gravida va restrînge consumul de sare*. Pe de altă parte, în cazul unei alimentații exagerat de săracă în sare, continuată timp mai îndelungat, pot să apară și fenomene de lipsă de sare, care duc la pierderea de lichide, uneori chiar la vărsături.

În ultimele 3 luni de sarcină, oraganismul are tendința să rețină mai multă apă. De aceea se recomandă scăderea cantității de sare din alimentație. *Dacă retenția de apă este mare și apar edeme ale gambelor — în cazurile mai grave și edeme ale peretelui abdominal, ale feței și membrelor superioare — se suprimă orice aport de sare; gravida va fi invitată la controlul medical, pentru precizarea cauzei edemelor (retenție simplă de apă sau afecțiune organică) și pentru a primi indicații de tratament.*

Calciul și fosforul. Gravida are nevoie de cantități crescute de calciu, pentru propriul metabolism, pentru elaborarea scheletului copilului și pentru constituirea unor rezerve necesare în perioada de alăptare. Necesarul de calciu și fosfor se acoperă

Scanned with OKEN Scanner

cel mai bine prin lapte și derivate lactate (iaurt, brînzeturi), în care acestea se găsesc sub o formă ușor de asimilat. Necesarul zilnic, crescut, este satisfăcut prin 500 ml lapte în plus față de normal. Dacă, dintr-un motiv oarecare, gravida nu primește cantități suficiente de lapte sau brînză de vaci, se recomandă un preparat de calciu din comerț (Cedecalcin; lactat de calciu, Clorocalcin sau gluconat de calciu — tablete sau fiole). Pentru profilaxia cariilor dentare, unii autori recomandă, alături de consumul de lapte, unele vitamine (C, D) și preparate cu fluor, în cantitate de 1 mg/zi.

Fierul. Cantitatea de fier necesară femeii gravide este mult sporită în ultimele luni de sarcină. Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei. Tulburările în metabolismul fierului sau un aport scăzut constituie de multe ori cauza anemiilor la gravidă și la făt. Fătul depune în ficatul său o mare cantitate de fier, pe care o ia din sîngele mamei. De aceea, pe lîngă fierul luat din alimente (ficat, carne, ouă, cartofi, piersici, salată, fulgi de ovăz), încă din primele luni de sarcină se administrează gravidelor, la recomandarea medicului, preparate de fier. Acest tratament este indicat îndeosebi în cazul pierderilor de sînge din cursul sarcinii (care duc aproape totdeauna la anemia gravidei), la multipare și la femeile anemice.

f) *Apa*. Cantitatea de lichide consumate de gravidă nu trebuie să depășească rația normală a femeii neînsărcinate. Dacă în ultimele luni de sarcină apar fenomene de imbibiție a țesuturilor, sub formă de edeme, este necesar să se reducă aportul de lichide la 600—1 000 ml/zi. Pentru gravidele sănătoase este suficientă indicația de a limita în ultimele luni ale sarcinii aportul de lichide și de a nu da curs liber senzației de sete.

g) *Ceaiul și cafeaua* se pot consuma cu moderație. Dintre băuturile *alcoolice*, vinul de bună calitate și berea pot fi consumate în cantități mici. Se va evita vinul roșu, din cauza efectului său constipant.

h) *Sucurile de fructe* sînt foarte recomandabile. Setea se poate combate și cu fructe proaspete, roșii sau castraveți.

i) *Fumatul* trebuie exclus complet în cursul sarcinii și lăuziei, în interesul fătului. Frecvența nașterilor premature este net crescută la marile fumătoare. Dacă fumatul nu se poate opri complet, se va reduce la minimum numărul de țigări fumate zilnic.

j) *Ce alimente se contraindică?* Se vor evita alimentele bogate în grăsimi, zahăr și amidon ca: slănina, maioneza, carnea grasă, cartofii prăjiți; excesul de macaroane sau orez; fasolea, mazărea uscată; prăjiturile, înghețata; zahăr-candel; floricelele, alunele. Nu se va consuma pește sărat, iar sarea se va reduce în general.

Ce alimente trebuie să fie prezente în fiecare zi în alimentația gravidei?

— 1/4—1/2 litru lapte (sau echivalentul său în lapte praf sau brînză),
— vegetale,
— fructe,
— carne sau pește,
— cel puțin un ou,
— cereale integrale,
— vitamină D, în doza fixată de medic,
— eventual un preparat de polivitamină, prescris de medic.

În rezumat, femeia gravidă va primi o alimentație normală, cu un conținut bogat în vitamine și fier. Grăsimile și proteinele nu vor depăși rația normală, iar dintre hidrații de carbon se aleg cei cu valoare biologică mare. Se vor evita dulciurile, produsele

Scanned with OKEN Scanner

de patiserie, ciocolata și bomboanele. Regimurile bogate în substanțe zise „de lest", adică acelea care conțin din abundență celuloză (fructe, zarzavaturi crude și pîine integrală), se recomandă pentru stimularea peristaltismului intestinal.

27. Alimentarea gravidei poate fi stînjenită în primele luni de sarcină de gusturi anormale, lipsă de poftă de mîncare, grețuri și vărsături. Vărsătura de dimineață se combate cel mai eficace prin luarea micului dejun în pat sau prin culcarea înapoi în pat, imediat după acesta, pentru a exclude pe cît posibil orice excitații ale sistemului nervos. Pentru a ameliora gustul alimentelor se va recurge la borșuri, suc de lămîie și la aromate culinare; ardeiul și piperul sînt interzise. La alte gravide, o dată cu evoluția sarcinii se instalează un apetit exagerat, pe baza unor excitații ale sistemului neurovegetativ, căruia i se asociază cu timpul și o sete puternică. Viitoarea mamă trebuie să se satură, dar să nu mănînce „pentru doi". Foamea și setea pot fi combătute prin salate și fructe proaspete.

În caz de subalimentație, carențele ating mai întîi pe mamă și numai în cazuri grave pot afecta și copilul, deoarece acesta din urmă este, de fapt, „primul servit". Anemia, obezitatea, cariile dentare, decalcifierile, oboseala, lipsa de apetit care apar în timpul sarcinii sînt de obicei manifestări ale unei alimentații defectuoase.

28. Combaterea constipației. În timpul sarcinii, la multe femei apare o tendință la constipație, care generează o stare de neplăcere temporară. Pentru a o combate se vor consuma de preferință legume și vegetale verzi, fructe (prune, pere, struguri, mere coapte, portocale), pîine neagră. Creșterea consumului acestor alimente se va face treptat, cu prudență.

Absența scaunelor, chiar cînd durează 2 zile, nu trebuie să provoace griji, mai ales dacă deșeurile rămase în intestin provin dintr-o hrană predominant de fructe și zarzavaturi, care nu conțin decît puține substanțe de descompunere cu influență dăunătoare asupra organismului.

Gravida va avea grijă să meargă la closet imediat ce are senzația de micțiune sau de defecație. Este recomandabil să-și formeze obiceiul ca în fiecare dimineață, după micul dejun, să încerce să aibă scaun. Nu va abuza de efortul de contracție a musculaturii abdomenului.

Dacă indicațiile de mai sus nu sînt eficiente se va încerca următorul regim:

— dimineața, după ce se scoală din pat, gravida va bea un pahar de apă călduță, îndulcită cu miere;

— la micul dejun va consuma pîine neagră (sau un aliment laxativ ca, de exemplu, fulgi de ovăz) cu marmeladă și apoi va încheia masa cu fructe laxative (pere, prune);

— înainte de a merge la culcare va mînca fructe.

În caz că nici una din sugestiile de mai sus nu au fost eficiente, va apela la medicul obstetrician, care va indica un laxativ ușor.

Nu se va lua fără avizul medical nici un laxativ (sau purgativ), deoarece aceste medicamente nu acționează numai asupra intestinului, ci și asupra uterului, putînd provoca, la femeile predispuse, un avort sau o naștere prematură.

Medicii indică, de obicei, laxative ușoare care conțin lubrefiante vegetale sau oleu de parafină.

Constipația, vărsăturile matinale și gusturile anormale dispar, în general, după luna a patra de sarcină.

29. Urina. Examenul urinii se face la indicația medicului. În cadrul îngrijirii rinichilor mama este datoare:

Scanned with OKEN Scanner

— să bea în jur de 1 litru lichide pe zi (lapte + apă + ceai sau sucuri de fructe);

— să anunțe pe medic de îndată ce urina este mai închisă la culoare, dacă este în cantitate mică sau dacă miroase urît;

— dacă micțiunile se însoțesc de senzații neplăcute (usturimi, dureri, dificultate la urinat).

La începutul și sfîrșitul sarcinii, gravida urinează mai frecvent; în aceste perioade uterul apasă pe vezica urinară și uretră.

30. Curățenia și îngrijirea corpului joacă un rol deosebit. Nu sînt contraindicate băile generale, dacă se fac cu apă călduță, într-o cadă bine curățită și dezinfectată, dar sînt de preferat dușurile călduțe. Pentru prevenirea accidentelor (alunecări) se pune în cadă o rogojină sau un prosop aspru. Dacă în ultimele 6 săptămîni de sarcină îi este greu să intre și să iasă din cadă, gravida se va spăla mai bine cu un burete, în afara căzii. Dușurile vor fi frecvente, întrucît în ultima perioadă gravida transpiră mult. Băile reci sau fierbinți sînt interzise, putînd declanșa contracții uterine. Se vor evita băile în ape curgătoare, bazine de înot și la băile publice.

Igiena corporală riguroasă, tăierea unghiilor și schimbarea frecventă a lenjeriei de corp și de pat sînt deosebit de importante, îndeosebi în ultima parte a sarcinii. Pielea gravidei fiind mai sensibilă, săpunul obișnuit va fi înlocuit cu un săpun neiritant (de glicerină, săpun pentru copii). După baie, pielea se fricționează ușor cu un prosop aspru, ceea ce contribuie la mărirea supleței acesteia și la activarea circulației. Nu se aplică pe piele creme sau unguente, care astupă porii și împiedică eliminarea secrețiilor cutanate. Nu se aplică dezodorante în regiunea axilară, deoarece acestea duc, de asemenea, la blocarea canalelor sudoripare și pot favoriza formarea de furuncule. Femeile care transpiră mult se pot pudra cu talc, cu pudră pentru copii „Nivea" sau cu „Saprosan pulvis", aplicat pe fața internă a coapselor, în jurul organelor genitale, în regiunea cutelor pielii (sub mamele etc.).

În ultimele săptămîni de sarcină, femeia va dormi singură în pat.

31. Orice plagă cutanată infectată (eroziuni zemuinde, vezicule, pustule) va fi semnalată medicului și tratată cu promptitudine și meticulozitate. În orice caz se va evita cu strictețe contactul cu persoane care prezintă plăgi purulente; toate obiectele folosite de gravidă vor fi strict individuale. Femeia însărcinată nu va îngriji niciodată membri de familie sau alte persoane care prezintă afecțiuni purulente.

32. Igiena organelor genitale externe. În timpul sarcinii se produce o creștere a secrețiilor vaginale, care, de obicei, nu are nici o semnificație patologică. Prin abundența lor, însă, aceste secrețiii provoacă uneori iritații locale. De aceea se va face toaleta externă cu apă călduță și săpun de 2—3 ori pe zi, ca și după fiecare scaun, folosind un lighean sau o cadă care au fost spălate sau dezinfectate în prealabil. *Irigațiile vaginale sînt complet interzise în ultimele 6—8 săptămîni ale sarcinii*, deoarece pot declanșa contracții uterine. De altfel, nici la începutul sarcinii nu se vor efectua decît la prescripția strictă a medicului. Folosirea closetelor publice se va face cu deosebită grijă, pentru evitarea infecțiilor.

Organele genitale externe nu se spală decît după ce mîinile au fost bine curățate cu apă caldă și săpun. Se vor folosi numai comprese sterilizate sau bucăți de pînză fină, fierte, spălate bine și călcate cu un fier bine încins. Compresele nu se vor introduce prea profund între buze și la intrarea în vagin, pentru a nu antrena microbii spre interior. Leziunile cu puroi, chiar foarte mici, sînt periculoase și vor fi semnalate medicului.

Scanned with OKEN Scanner

33. Îngrijirea dinților. În timpul sarcinii, mai ales la multipare, există o tendință la producerea de carii și la căderea dinților. Pe lîngă o igienă riguroasă zilnică a gurii, va fi consultat un medic stomatolog.

34. Contactele sexuale vor fi evitate pe cît posibil la începutul sarcinii, pentru ca implantarea oului și primele etape ale dezvoltării sale să nu fie tulburate de excitația și contracțiile uterului. În lunile următoare, în caz de sarcină normală, sînt permise raporturi sexuale, mai puțin frecvente și mai prudente decît în mod obișnuit. Dacă există totuși cea mai mică tulburare în evoluția sarcinii (dureri de mijloc, ușoare pierderi de sînge, contracții uterine, avorturi spontane anterioare) este bine să se renunțe la orice raport sexual, cel puțin pentru o bucată de timp.

În timpul ultimelor 6—8 săptămîni de sarcină se întrerup orice relații sexuale.

35. Îmbrăcămintea. Nu este nevoie ca în cursul primelor săptămîni îmbrăcămintea să fie special adaptată.

Pentru perioada de sarcină mai înaintată, industria textilă pune la dispoziția gravidelor o gamă întreagă de obiecte de îmbrăcăminte adecvate.

În alegerea garderobei gravidei se va ține seama de comoditatea îmbrăcămintei, în primul rînd, dar nu se va neglija nici aspectul estetic. Se va prefera îmbrăcămintea cu șireturi sau cu cusături ce se pot desface pe măsură ce sarcina progresează.

Se evită îmbrăcămintea strîmtă. Se preferă rochia-sac, a cărei greutate cade numai pe umeri; de asemenea, fusta-sarafan combinată cu mai multe bluze.

Lenjeria de corp va fi de asemenea lejeră.

Nu se vor purta cordoane.

Se va purta *numai încălțăminte cu tocuri joase*.

36. Sînii și mameloanele se spală în fiecare zi cu apă și cu săpun moale. Apoi, pentru a-i clăti, se stropesc cu apă rece și se șterg cu un prosop mai aspru. Această fricțiune constituie pentru piele cel mai bun fortifiant și face să se reliefeze mameloanele.

Începînd din luna a IV-a se poate observa apariția unei secreții lichide din mameloane; în astfel de cazuri se aplică comprese din tifon în cupa sutienului, pentru protejarea hainelor. Dacă această secreție se usucă pe mameloane, apar dureri și roșeață locală; de aceea se vor face spălături, de mai multe ori pe zi, cu apă călduță.

Gravida va alege un tip de sutien care să ridice sînii și care să evite comprimarea mameloanelor. Nu se poartă sutiene prea strînse, pentru că acestea stînjenesc creșterea normală a sînului în timpul sarcinii.

Mameloanele indurate se ung cu lanolină sau cu unt de cacao și se acoperă cu tifon, pentru a proteja hainele.

Dacă apare vreo fisură, se spală mameloanele cu apă călduță și se acoperă cu un tifon steril.

37. Vergeturi pe abdomen. Vergeturile apar pe abdomen și chiar pe coapse ca rezultat al supraîntinderii pielii. Ele se pot reduce la minimum dacă gravida are grijă să nu cîștige prea mult în greutate.

Unii indică aplicații de lanolină sau de cremă peste zona de vergeturi.

Urmele vergeturilor regresează cu timpul, după naștere, dar nu dispar niciodată complet.

38. Este permis gravidei să călătorească? Numai medicul obstetrician care urmărește pe gravidă este în măsură să hotărască. Permisiunea se acordă în funcție de:

— evoluția sarcinii,

Scanned with OKEN Scanner

— mijlocul de transport,
— lungimea călătoriei și
— scopul călătoriei.

În nici un caz nu sînt permise călătorii lungi sau cu mijloace de transport necorespunzătoare (vehicul care trepidează cum este motocicleta; autobuze aglomerate etc.).

Orice voiaj se va face cu mai multe escale. *În ultimele 2 luni de sarcină gravida nu va părăsi localitatea unde urmează să nască.*

39. Semne de alarmă. Dacă apare una din manifestările mai jos notate, se apelează de urgență la medic:

— *umflarea feței, mîinilor sau picioarelor;*
— *întunecarea sau tulburarea vederii;*
— *febră;*
— *sîngerări vaginale;*
— *vărsături persistente;*
— *dureri de cap permanente;*
— *pierderi de lichid din vagin;*
— *o cădere puternică.*

40. Igiena psihică. Dorința de a avea copii există la orice femeie sănătoasă și este izvorîtă din natura ancestrală a femeii, din instinctul de conservare a speciei omenești, din motive de ordin personal sau moral. S-a spus că *femeia se realizează prin căsnicie și devine fericită prin maternitate.*

După ce a trecut perioada de creștere și de maturare sexuală, în viața femeii se impun în mod imperios problemele legate de relațiile sale cu sexul opus și de instinctul de perpetuare a speciei. Organismul său, prin manifestările periodice (menstruațiile), îi reamintește fără încetare destinul său natural. Faptul că femeia lucrează, iar sfera activității sale este extrem de apropiată de aceea a bărbatului nu o împiedică, în forul său intim, să dorească un copil. Există totuși etape în timpul cărora femeia, pentru diverse rațiuni, se simte chemată mai mult pentru alte îndatoriri. Refularea dorințelor firești (de întemeiere a unei familii, de maternitate), chiar dacă se face în numele unor afirmări pe linie profesională, determină de multe ori conflicte biologice, psihice și morale.

În timpul sarcinii și alăptării, oricare ar fi pregătirea intelectuală, profilul psihic sau ansamblul de idealuri ale femeii, simțămintele și îndatoririle de maternitate trec pe primul plan.

Pentru aceste motive, *asistenta de ocrotire trebuie să se apropie de viitoarea mamă din primele vizite la domiciliu. Pe lîngă profesiunea, standardul de viață și problemele de igienă corporală, ea este datoare să sesizeze care este profilul psihic al mamei, ce atitudine intimă are față de viitorul copil, care sînt raporturile cu soțul și cu restul familiei. Garanția pentru o evoluție normală a sarcinii și pentru dezvoltarea unui copil sănătos este constituită nu numai de sănătatea biologică a părinților și de condițiile materiale oferite de societate, dar și de comunitatea de idealuri (sociale, morale, profesionale) a familiei.*

De o importanță deosebită sînt reacțiile sufletești ale mamei în ceea ce privește dorința, speranțele și teama cu care așteaptă copilul. Dorința sănătoasă de a avea un copil nu presupune nici un fel de preferințe în ceea ce privește sexul, fizicul, firea sau înzestrarea copilului, ci include curajul de a-l primi și accepta așa cum va fi el, ca și

Scanned with OKEN Scanner

datoria de a-i crea condiții corespunzătoare de existență. Există femei gravide care își doresc copilul cu pasiune și nerăbdare, altele la care nu există dorința pentru copil, sarcina reprezentînd un eveniment extrem de neplăcut; în sfîrșit, există femei care privesc sarcina cu sentimente amestecate. De fapt, orice gravidă, oricît de echilibrată ar fi, trăiește o perioadă de așteptare cu o mulțime de semne de întrebare, care duc la oarecare stare de neliniște.

Asistenta de ocrotire este obligată să-și concentreze atenția mai ales asupra primiparelor, pe care le va vizita mai frecvent, insistînd atît asupra pregătirilor materiale, cît și asupra stării sufletești cu care așteaptă primul copil: există, pe de o parte, dorința de a avea copil și un simțămînt de împlinire, iar pe de altă parte, teama de dureri, teama de complicațiile de ordin material, de plusul de muncă, de incomoditățile legate de venirea copilului, de limitarea propriei libertăți. O atenție deosebită se va acorda și situațiilor mai deosebite care influențează sentimentele viitoarelor mame. În căsătoriile precoce, unele femei sînt încă atît de copilăroase și au nevoie atît de pronunțată de a fi iubite și tratate ca un copil, încît nu se simt capabile de a deveni mame. Unele regretă că o dată cu venirea copilului propria persoană va trebui să treacă pe un plan secundar. De cele mai multe ori, toate aceste atitudini se rezolvă o dată cu nașterea copilului. Se întîlnesc și gravide la care dorința de a avea un copil este generată de o viață nesatisfăcută, datorită unei căsnicii nereușite. Asemenea femei doresc copilul ca un fel de compensație, sperînd să găsească o mîngîiere în singurătatea lor. Copilul ar reprezenta mijlocul prin care s-ar consolida căsnicia. Mai tîrziu, copilul ar urma să-și însușească și să ducă la îndeplinire toate visurile nerealizate ale mamei. Aceste așteptări poartă germenii viitoarelor dificultăți în relațiile mamă-copil. Apare adesea deziluzia, iar copilul care a venit pe lume ca mijloc pentru îndeplinirea unui anumit scop nu se poate dezvolta corespunzător. *Așteptarea unui copil prin prisma unor calcule reprezintă o atitudine incorectă din partea mamei.*

Unele familii recuză sarcina, nu doresc copilul din calcule economice. Acest e familii calculează să aibă copii după ani și ani de căsătorie, și numai după ce au ajuns la maturitate social-profesională, la „rotunjire" economică (casă, voiajuri de agrement, mașină etc.). Această concepție are, de foarte multe ori, consecințe nefaste: *utilizarea mijloacelor anticoncepționale a dus, pînă la urmă, la sterilitatea multor femei, la înmulțirea afecțiunilor ginecologice și la creșterea numărului de copii cu malformații congenitale.* O pereche fără copii alcătuiește numai o încercare eșuată de a avea o familie: așa-numita „familie conjugală", și nu o familie propriu-zisă. Fără copii, grupul familial nu este complet închegat și nu poate să-și îndeplinească toate funcțiile. Asupra tuturor acestor pericole, a greșelilor pe care mulți le regretă, din păcate prea tîrziu, trebuie să insiste asistenta de ocrotire în munca de educație sanitară.

În ce privește îngrijirile gravidei și ale sugarului, în unele familii se mai întîlnesc, mai ales la bunice, o serie întreagă de obiceiuri. Unele dintre ele sînt inofensive și chiar binevenite: daruri din partea rudelor, portul de îmbrăcăminte anumită, satisfacerea unor „pofte" din sfera alimentației, evitarea emoțiilor („sperieturilor"). Altele sînt de-a dreptul dăunătoare (mama nu are voie să facă baie fiindcă „răcește" etc.). *Asistenta de ocrotire va discuta numai latura strict practică a acestor obiceiuri, combătînd însă în mod categoric ceea ce este dăunător. Ea va evita discuțiile inutile, prin care ar intra în contradicție cu familia, deoarece acestea vor mări inutil anxietatea tinerei mame. Unele preferințe sau dorințe ale gravidei vor fi privite, în măsura în care nu sînt dăunătoare, cu înțelegere și bunăvoință.*

Scanned with OKEN Scanner

41. Cîteva indicații generale, de precauție, pentru viitoarea mamă:

— *Va evita contactul cu persoane răcite sau bolnave de o boală infecțioasă.* Unele infecții care nu produc mamei nimic deosebit, pot fi periculoase pentru făt, mai ales în primele luni de sarcină (rubeola, unele virusuri gripale, herpesul etc.).

— *Nu va lua nici un medicament fără avizul medicului.*

— *Nu se va supune la nici o investigație radiologică.*

— *Va căuta să-și asigure un somn de 8—9 ore în fiecare noapte și cel puțin 1 oră de repaus în poziție orizontală în timpul zilei.*

— *Va evita exercițiile violente și activitățile care solicită eforturi deosebite (ridicarea de obiecte grele, alergarea, urcarea rapidă a scărilor).* Nu va sta în picioare timp îndelungat.

— *În caz că lucrează în mediu toxic sau în ture de noapte, va fi transferată la o muncă mai ușoară.*

— *Va sta cît mai mult în aer liber și la soare.*

— *Va evita răcelile.*

— *Va continua viața de familie și de relații cu vechii prieteni. Nu va frecventa locurile aglomerate (săli de spectacole, localuri etc.).*

— Atitudinea cea mai potrivită în raport cu viitoarea naștere este să aibă convingerea că aceasta reprezintă un fenomen absolut fiziologic.

— *Va intra în concediul legal de natalitate, conform legii, cu 52 de zile înainte de naștere.*

— *Va consulta regulat medicul obstetrician.*

— *În ultimele 2 luni va lua legătura cu asistenta de ocrotire și va începe pregătirile pentru copilul așteptat.*

Factori și condiții care influențează negativ dezvoltarea fătului

42. Deși este protejat în pîntecele mamei, fătul nu este ferit de *influența anumitor factori vătămători.* Marele număr de avorturi spontane demonstrează acest lucru. De foarte multe ori, produsul de concepție se elimină chiar la menstruația următoare, fără ca femeia să fi știut că este gravidă. Se apreciază, de către unii autori, că 2/3 din toate produsele de concepție se distrug intrauterin.

Influențele nocive de importanță mai mică nu duc la moartea embrionului, ci la leziuni morfologice, la defecte funcționale sau la boli intrauterine.

43. Embriopatii. Se cunosc date sigure asupra importanței acțiunii unor noxe în viața intrauterină a embrionului uman. Efectul acestor noxe se cunoaște sub numele de *embriopatii.* Leziunile se produc în primele 3 luni de sarcină. (Primul trimestru — „trimenon" — al vieții intrauterine se caracterizează prin organogeneză tumultoasă, cu necesități deosebit de importante în materiale de construcție și materiale energetice.) De multe ori, acțiunea nocivă sfîrșește prin avorturi sau copii născuți morți. Alteori determină malformații congenitale destul de caracteristice. Se diferențiază patru mari grupuri de factori ce pot determina apariția de embriopatii:

— *infecții virale* (rubeola, poliomielita, gripa, herpesul, hepatita, parotidita epidemică, mononucleoza infecțioasă, rujeola, varicela),

— *noxe chimice* (medicamente),

Scanned with OKEN Scanner

— *raze Röntgen*,
— *tulburări hormonale la mamă* (diabet, insuficiența tiroidiană).

a) *Embriopatiile virale*. Exemplul clasic al embriopatiilor virale este sindromul Gregg sau embriopatia rubeolică. Dacă o gravidă se îmbolnăvește în primele 3 luni de sarcină de rubeolă, embrionul pe care-l poartă poate suferi leziuni care determină apariția de malformații foarte grave, în discordanță cu benignitatea bolii la mamă.

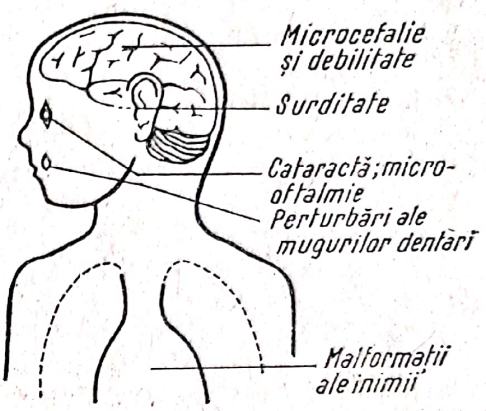


Fig. 16. Cele mai frecvente urmări ale embriopatiei rubeolice (după Harnack).

În cazuri izolate, malformațiile se limitează la acele organe sau sisteme care se află tocmai în plină dezvoltare în zilele în care infecția este în toi („fază morfogenetică"). Se poate stabili un fel de „program" al leziunilor:

— cînd infecția rubeolică se produce în săptămîna a 5-a de sarcină, malformația preponderentă este cataracta;

— cînd rubeola apare între a 5-a și a 7-a săptămînă, sînt mai frecvente cardiopatiile;

— rubeola survenită în săptămînile a 8-a—a 9-a, în care își fac apariția mugurii dentari, poate determina malformații dentare.

Părerile sînt împărțite în ceea ce privește procentul efectelor malformative ale rubeolei (între 25 și 100%).

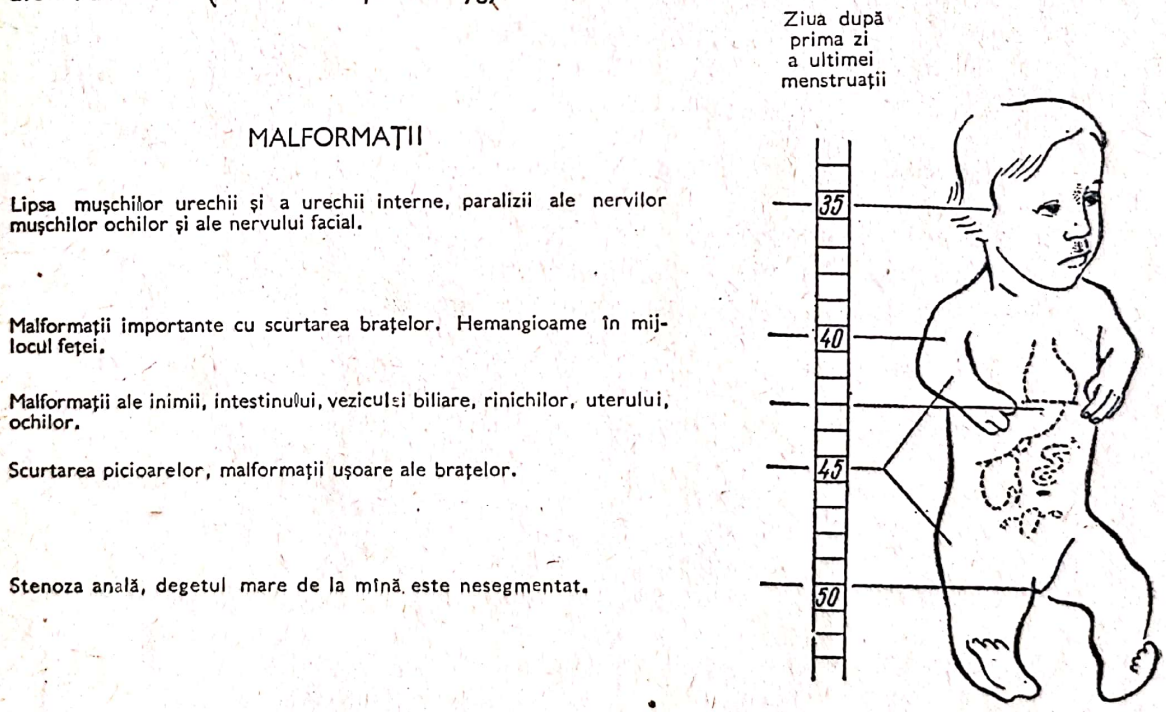


Fig. 17. Modalitățile tipurilor de malformații, după momentul administrării talidomidei (Contergan).

Actualmente se administrează gravidelor bolnave ser antirubeolic, care se distribuie prin Inspectoratul Sanitar de Stat.

Medicii, moașele, asistentele de ocrotire și părinții trebuie avizați asupra pericolului pe care-l prezintă această boală banală, pentru viitorul copil, cît și asupra faptului că în momentul de față există mijloacele de combatere.

S-a dovedit că și alte boli virale pot determina leziuni similare ale embrionului. Incidența malformațiilor este mult mai mică decît în cazul rubeolei. Manifestările malformative prezintă aceeași specificitate de fază și nu au nimic comun cu semnele caracteristice ale bolilor virotice respective.

b) *Embriopatii medicamentoase*. Exemplul cel mai trist al embriopatiilor medicamentoase este furnizat de *talidomidă* (Contergan*), care a dat cele mai multe victime în Republica Federală a Germaniei. Este vorba de un calmant care, dacă era luat de gravidă între a 35-a zi și a 50-a zi de la ultima menstruație, ducea la malformații grave ale extremităților (mîinilor sau picioarelor) (vezi tabelul II și fig. 17).

TABELUL II

Medicamente cu efecte nocive asupra produsului de concepție
(după R. James Mc Kay, citat de Georgmăneanu)

1. *Efecte sigure:*

Aminopterină: avort, malformații
Chinină, clorochină: avort, surditate, trombocitopenie
Clorotiazidă: trombocitopenie
Dicumarol: hemoragii fetale, moartea fătului
Insulină (șoc): moartea fătului
Iod radioactiv (I^{131}): distrugerea tiroidei fetale
Iodură de potasiu: gușă
Mepivacaine: bradicardie, moartea fătului
Metiltestosteron — 17-etinil-nortestosteron (Norlutin), 17-etinil-testosteron: masculinizarea fătului femel
Metimazol: gușă
Propiltiouracil: gușă
Talidomidă: focomelie, alte malformații
Tetraciclină: pigmentarea dinților, hipoplazia smaltului

2. *Efecte probabile:*

Acid lisergic dietilamidă (sau impuritățile preparatelor comerciale): alterări ale cromozomilor
Adrenocorticoizi: dehiscență palatină
Clorambucil: agenezii renale
Progesteron: masculinizarea fătului femel
Stilbestrol: masculinizarea fătului femel
Streptomicină: surditate
Tetraciclină: întîrzierea creșterii scheletului
Tutun: distrofie prenatală (greutate mai mică decît vîrsta sarcinii)

* Medicament folosit pentru a favoriza somnul și a calma durerile.

Scanned with OKEN Scanner

3. *Efecte dubioase:*

Acid lisergic dietilamidă: defecte ale scheletului
Busulfan (Myleran): opacităţi corneene, palatoschizis, hipoplazia ovarelor, tiroidei şi paratiroidelor
Fenmetrazin (Preludin): anomalii ale diafragmului
Meclizin: malformaţii congenitale
Tetraciclină: cataractă, malformaţii ale membrelor
Tolbutamidă: malformaţii congenitale
Vitamina D: stenoză aortică supravalvulară

---

44. Iradierea cu raze Röntgen a femeilor gravide poate duce la microcefalie, idioţie, microftalmie şi tulburări de creştere ale embrionului.

45. Iradiaţiile atomice pot determina embriopatii similare, semnalate ca urmare a exploziilor bombelor atomice la Hiroshima şi Nagasaki.

46. Diabetul. În perioada dinaintea descoperirii insulinei, femeile cu diabet rămîneau rareori gravide. Astăzi, în cazul unui tratament insulinic corect, sarcina este posibilă. Mamele diabetice furnizează, însă, un număr mult mai mare de copii malformaţi decît cele sănătoase. Unii dintre aceşti copii prezintă cardiopatii congenitale, alţii se nasc prematuri, iar un mare număr mor în primele zile, în cadrul perioadei de adaptare (embriopatia diabetică).

De cele mai multe ori, copiii mamelor diabetice sînt „copii giganţi", cu probleme de asistenţă obstetricală, datorită dimensiunilor lor. La copiii nou-născuţi cu peste 4 000 g se impune dozarea glucozei în sînge.

47. Supra- şi hipofuncţia tiroidiană reduc fertilitatea femeii şi accentuează tendinţa la avorturi. În cadrul tireotoxicozei domină malformaţii ca anencefalia, cardiopatiile congenitale şi debilitatea mintală.

48. Fetopatii. Ultima perioadă (între începutul lunii a IV-a şi luna a IX-a) a vieţii intrauterine, numită şi perioada de *fetogeneză*, începe cu un moment mai stabil. Formarea organelor este încheiată, aşa că nu se mai pot produce malformaţii. Placenta este un teren de nutriţie foarte bogat, iar învelişurile fătului asigură o protecţie bună. Către sfîrşitul sarcinii, posibilităţile de lezare devin din nou mai numeroase. Ele pot determina moartea fătului (avort tardiv) sau se pot manifesta sub forma unor boli congenitale, prin leziuni inflamatorii şi formarea de cicatrice.

Factorii principali care produc *fetopatii* sînt:

— *infecţiile* (sifilisul congenital, toxoplasmoza, listerioza, boala incluziilor citomegalice, tuberculoza şi malaria);
— *procesele de sensibilizare prin incompatibilitate Rh;*
— *intoxicaţiile* (intoxicaţia cu oxid de carbon);
— *aspiraţia de lichid amniotic infectat* (pneumonii);
— „bridele amniotice", care sînt bride formate pe membranele fetale, prin procese infecţioase, şi care pot determina amputaţii sau strangulări ale extremităţilor.

49. Diagnosticul bolilor intrauterine se bazează în cea mai mare parte pe anamneză. Se vor lua informaţii amănunţite despre:

— întregul mod de viaţă al părinţilor,
— fiziopatologia aparatului genital al mamei (ciclul, avorturi spontane şi provocate, naşteri patologice anterioare),
— transfuzii anterioare,
— boli febrile în timpul sarcinii,

Scanned with OKEN Scanner

— iradieri cu raze Röntgen,
— consumul unor medicamente în timpul sarcinii,
— munca în mediu toxic sau în întreprinderi unde mașinile produc trepidații etc.

50. Metodele de investigație folosite în momentul de față sînt:
— determinarea cariotipului,
— reacții serologice (luesul, anticorpii toxoplasmici etc.),
— determinarea grupului sanguin, a factorului Rh și a anticorpilor anti-Rh.

51. Profilaxie. În cadrul terapiei prenatale, pe primul plan se află profilaxia. Aceasta cuprinde:
— *vîrsta optimă* a gravidelor;
— *evitarea iradierilor cu raze Röntgen;*
— înlăturarea noxelor la locul de muncă al mamei;
— *transfuziile de sînge* la copiii de sex feminin se vor face cu discernămînt, acordînd o deosebită atenție determinării grupului sanguin și a factorului Rh, dată fiind sensibilizarea anti-Rh;
— înregistrarea bolilor infecțioase virotice, pentru a se ști precis dacă gravida le-a „absolvit" încă din copilărie;
— în timpul sarcinii, mai ales în primele luni, *consumul de medicamente* va fi redus la minimum și se va face sub control medical;
— evitarea contactelor infecțioase virale (aglomerațiile!);
— orice vaccinare și rapel de vaccin (dacă conține virusuri capabile de a se multiplica) se suspendă în caz de sarcină *prezumptivă*;
— evitarea suprasolicitării fizice și psihice;
— în infecțiile virale ale mamei se încearcă tratament cu antiser specific (rubeolă) și gammaglobulină;
— depistarea și tratarea la timp a luesului congenital.

În toate acestea, educația sanitară — efectuată pe toate căile, dar mai ales prin munca de la om la om, de către asistenta de ocrotire, care intră în mod nemijlocit mai mult decît oricine prin familiile unui teritoriu — are un mare rol.

Scanned with OKEN Scanner

Nou-născutul la termen (luna I)

Adaptarea postnatală a organismului

52. Perioada de nou-născut se întinde de la naștere pînă la împlinirea vîrstei de o lună. Nou-născutul la termen este un copil care s-a născut la sfîrșitul unei gestații normale și care, prezentînd un anumit grad de dezvoltare, este capabil să facă față solicitărilor vieții extrauterine.

Nașterea reprezintă o schimbare radicală în dezvoltarea copilului. În momentul trecerii din viața intrauterină la cea extrauterină, organismul este supus la cele mai mari și bruște transformări din cursul vieții sale. De felul cum decurge nașterea și de capacitatea de adaptare a funcțiilor vitale ale organismului depinde, în mare măsură, starea de sănătate din tot restul vieții. Nașterea supune pe copil la o probă extraordinară. Pînă acum el era protejat, prin lichidul amniotic și țesuturile materne, de toate influențele mecanice, dezvoltîndu-se la o temperatură constantă. Aportul substanțelor necesare vieții (ca oxigenul și elementele nutritive) era asigurat de către placentă. Produsele de metabolism erau îndepărtate din organismul fetal, pe aceeași cale, în organismul mamei și evacuate prin organele excretorii (plămîni, ficat, rinichi) ale acesteia.

După naștere, copilul intră într-un mediu nou de viață, impunîndu-i-se dintr-o dată un șir întreg de sarcini.

Aceste sarcini cad în seama unor organe care nu funcționau înainte de venirea pe lume (plămîni, piele). La cei mai mulți, adaptarea la noile solicitări se face fără nici o dificultate, lucru ce poate fi definit ca una dintre minunile fiziologiei.

Oricum, puiul de om este mai șubred și mai neputincios decît orice alt pui de mamifer. Fără îngrijiri cu totul speciale, singur, el nu ar fi în stare să lupte cu condițiile aspre ale mediului exterior.

Caracteristici fizice și fiziologice

53. Respirația proprie. Odată cu ligatura cordonului ombilical survine o lipsă bruscă de oxigen, care declanșează un țipăt și, respectiv, prima mișcare respi-

Scanned with OKEN Scanner

ratorie. În plămînii destinși năvălește aerul și, de aci înainte, ei singuri vor furniza corpului oxigenul indispensabil vieții.

În caz de suferință a fătului în timpul sarcinii, de traumatisme ale creierului în momentul nașterii sau de administrare de medicamente mamei (narcoză), primul țipăt, și respectiv respirația, întîrzie să apară.

În mod normal, expansiunea plămînilor trebuie să aibă loc în cîteva minute. Dacă respirația întîrzie să se instaleze (peste 5—15 minute), lipsa de oxigenare este urmată de suferința creierului și, adesea, de leziuni și/ sau tulburări definitive ale funcțiilor nervoase.

Nou-născutul respiră mai des (la început de 50 de ori pe minut, iar spre vîrsta de 1 lună de 30 de ori pe minut) decît adultul (16—20 de ori pe minut).

54. Inima are în fața sa cu totul alte sarcini decît în cursul vieții intrauterine. Ca să ne dăm seama cît de mari sînt salturile în ceea ce privește funcția inimii, este de-ajuns să știm că ritmul bătăilor inimii este în momentul nașterii de 150—180 pe minut, iar după o oră scade la 125 pe minut.

55. Hemoliza. Eritrocitele (globulele roșii) fetale erau adaptate pentru o concentrație scăzută de oxigen, caracteristică sîngelui placentar. Prin intrarea în funcție a respirației proprii, sîngele copilului primește mult mai mult oxigen. Rezultă că hemoglobina specială a fătului (Hb.F), adaptată la o presiune scăzută a oxigenului, nu mai este indispensabilă. Printr-un proces lent, care durează circa 3 luni, aceasta este înlocuită treptat cu hemoglobină definitivă, de tip adult (Hb.A). Procesul de distrugere (hemoliză) a eritrocitelor încărcate cu hemoglobină fetală începe imediat după naștere. Încetul cu încetul, toată masa de eritrocite este înlocuită. Cantitățile mari de bilirubină, rezultate din hemoliză, depășesc capacitatea ficatului de a metaboliza bilirubina. Acest pigment acumulîndu-se în sîngele circulant determină apariția icterului nou-născutului (icter „fiziologic").

56. Reglarea temperaturii corpului. Din lichidul amniotic cu temperatură constantă de 37°, copilul intră într-un mediu cu temperatură mai scăzută. Organismul nou-născutului reușește repede să-și mențină temperatura constantă. După prima zi de viață, culoarea roz a pielii devine mai palidă, ca expresie a constricției vaselor în teritoriul capilarelor pielii. În felul acesta, suprafața prin care organismul putea pierde căldura se reduce mult. Peste puțin timp, producerea și pierderea de căldură se află într-un asemenea echilibru încît temperatura corporală este constantă (36^5 — 37^5).

57. Funcția digestivă este gata să facă față digestiei și absorbției alimentelor chiar din a doua zi de viață. Secreția sucului gastric apare în cursul primelor 24 de ore. Copilul a ingerat încă din viața intrauterină lichid amniotic, deci a învățat actul deglutiției (înghițitului).

Cantitatea de hrană ingerată sporește cu fiecare zi și este utilizată pentru creștere și nevoile energetice. Prin raportare la greutatea sa corporală reiese că sugarul mănîncă mult mai mult decît școlarul sau adultul. Dat fiind acest rol important al alimentației, este de înțeles că orice perturbare în digestie și nutriție implică un pericol pentru copil (vezi subcapitolul despre alimentație p. 61).

58. Lungimea corpului, măsurată la copilul întins pe un plan orizontal, de la creștet la tălpi, variază între 49 și 54 cm, în medie 50 cm. Cifrele sub 47 cm constituie un criteriu de definire a prematurității.

59. Greutatea nou-născutului la termen este de 2 900—3 600 g, cu mari variații individuale. Nou-născuții cu greutate de 2 500—3 000 g sînt categorisiți drept

Scanned with OKEN Scanner

„subponderali"; cauzele deficitului ponderal sînt variate (constituția părinților, vîrsta mamei, factorii sociali etc.). Nou-născuții mai mici de 2 500 g la naștere și rezultați din sarcini care nu au fost duse la termen poartă numele de prematuri.

60. Circumferința craniană sau frontooccipitală („măsura pălăriei") este de aproximativ 34 cm.

61. Dimensiunile trunchiului sînt următoarele: perimetrul toracic = 32 cm; diametrul transversal maxim al umerilor, măsurat între fețele externe ale brațelor = 12 cm; lățimea șoldurilor este de 12 cm, iar circumferința lor de 27 cm.

62. Pielea este lucioasă, moale, catifelată, de culoare roz-palidă, fiind acoperită de o substanță grasă, numită *vernix caseosa*; după îndepărtarea stratului de substanță grasă, culoarea devine roșie-aprinsă (eritroderma nou-născutului). Pe nas, pe frunte și pe obraji se observă cîteva puncte fine albicioase (milium sebaceu al nou-născutului), provenite din dilatația chistică a unor glande sebacee al căror orificiu de scurgere s-a astupat.

63. Țesutul grăsos subcutanat este bine dezvoltat.

64. Părul capului se oprește strict la nivelul frunții și are o lungime de pînă la 3—4 cm. Distribuția pe pielea capului este variabilă.

65. Lanugo. Pe umeri, fața de extensie a brațelor și partea superioară a spatelui se observă peri fini, care poartă numele de lanugo.

66. Unghiile de la degetele mîinii depășesc pulpele degetelor. Unghiile de la picioare au aceeași lungime cu degetele.

67. Dezvoltarea organelor genitale externe. La băieți, testiculele sînt coborîte în scrot. La fetițe, labiile mari acoperă clitorisul și labiile mici.

68. Cartilajele nasului și ale pavilioanelor urechilor sînt consistente, se simt la palpare.

69. Vocea este puternică. Nou-născutul la termen, sănătos, țipă tare, viguros, cu forță.

70. Reflexele de supt și înghițit sînt prezente.

Un copil cu aceste trăsături, născut din părinți sănătoși, poate fi considerat drept un copil sănătos. Pentru evoluția ulterioară există rezerve, deoarece nu se cunosc toate particularitățile constituționale (tendința la inflamații a mucoaselor sau la tumefiere a ganglionilor, intoleranța pentru anumite principii alimentare, predispoziția la tulburări nervoase sau la tulburări de comportament).

71. Factorii care condiționează greutatea și lungimea nou-născutului sînt (după A. Andronescu):

a) *Vîrsta sarcinii.* Cu cît sarcina este mai înaintată, cu atît greutatea și lungimea nou-născutului sînt mai mari.

b) *Numărul sarcinilor.* Multiparele nasc copii mai grei decît primiparele. Din 100 de nou-născuți cu greutate între 3 500 și 4 000 g, 48% aparțin primiparelor și 52% multiparelor. Din 100 de nou-născuți cu greutate între 4 000 și 4 500 g, 23% sînt născuți de primipare și 77% de multipare, iar din 100 de copii cu greutate de peste 4 500 g, numai 15% provin de la primipare, iar restul de 85% de la multipare. Chiar la aceeași lungime a nou-născuților, greutatea variază direct proporțional cu numărul de sarcini ale mamei.

c) *Data menstruației.* Femeile menstruate mai de timpuriu nasc copii cu greutate mai mare, comparativ cu cele menstruate mai tîrziu.

d) *Vîrsta mamei.* Pînă la vîrsta de 40 de ani a mamei, greutatea și lungimea nou-născuților crește; după această etate, greutatea scade.

Scanned with OKEN Scanner

e) *Constituția fizică* a mamei are importanță în special prin conformația pelvisului. Femeile cu pelvis larg nasc copii mai voluminoși.

f) *Factorii constituționali*, normali sau patologici, transmiși de la părinți, influențează de asemenea talia și greutatea nou-născutului.

g) *Factorii sociali*. Din statistici efectuate în state capitaliste rezultă că deseori copiii muncitorilor necalificați, muncitori cu ziua, sînt cei mai slabi dezvoltați.

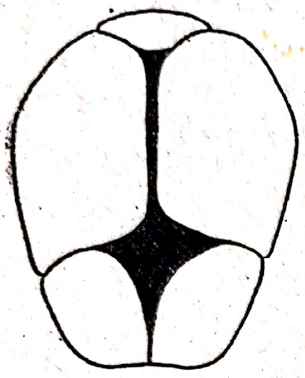


Fig. 18. Oasele craniului la nou-născut. Se observă fontanela mare și sutura dintre cele două oase parietale.

72. Capul nou-născutului este relativ mare: el reprezintă un sfert din lungimea corpului, pe cînd la adult reprezintă numai o optime din înălțime.

De cele mai multe ori este alungit înapoi și în sus; regiunea occipitală este mai dezvoltată. Adesea se constată cîte o umflătură („bosă"), localizată îndeosebi în regiunile parietale și occipitală, determinată de compresiunile exercitate asupra oaselor craniului în cursul nașterii. Oasele craniului nu sînt încă sudate între ele. Cîteodată sînt încălecate (se simt ca niște denivelări), mai des, însă, sînt despărțite prin șanțuri largi. Aproximativ în mijlocul capului, la locul de întîlnire a oaselor parietale și frontal, se palpează sub piele o deschidere, numită fontanela mare sau romboidă sau anterioară („moalele capului"). La nou-născuții mai mici, în partea dinapoi a craniului, la locul de întîlnire al șanțurilor (suturilor) dintre parietale și occipital, mai poate persista o fontanelă mult mai mică, numită fontanela mică sau posterioară sau lambdoidă (deoarece are forma literei grecești *lambda*).

73. Expresia feței se poate schimba. De foarte multe ori se observă, încă de timpuriu, o asemănare mai mult sau mai puțin pronunțată cu părinții. Părerea, foarte răspîndită de altfel, că toți nou-născuții se aseamănă este falsă.

74. Ochii. Adesea, în primele zile pleoapele sînt umflate și ochii închiși. Culoarea ochilor este la început cenușie-închisă, la copiii care mai tîrziu vor avea ochii albaștri-deschis. Nu există indicii sigure cu privire la viitoarea culoare a ochilor. De obicei, numai culoarea căpruie se păstrează. Oricum, trecerea la culoarea definitivă se face lent, în decurs de luni de zile.

75. Nasul este mic, cîrn, lat, cu pete albe gălbui (milium sebaceu).

76. Gura este mică.

77. Gîtul este scurt, îndesat.

78. Toracele este bombat. Mișcările respiratorii se disting adesea foarte greu, respirația nou-născutului fiind de tip abdominal.

79. Abdomenul este ușor scobit, moale.

80. Brațele și gambele sînt scurte și au tendința să stea strînse (în poziția flectată), ca atunci cînd erau în uterul mamei.

81. Mușchii sînt puțin dezvoltați; mișcările nu sînt încă armonioase.

82. Urina. De obicei, prima emisiune de urină (micțiune) are loc imediat după naștere; aceasta înseamnă că rinichii și-au început activitatea încă din viața intrauterină. La început nou-născutul urinează rar; cînd crește cantitatea de lichide administrate, crește și numărul de micțiuni. Urina din primele zile are o culoare portocalie și pătează foarte adesea scutecele în roșu-cărămiziu; această culoare nu este

Scanned with OKEN Scanner

dată de sînge, ci de prezența uraților în cantitate mare; ea dispare, la marea majoritate a copiilor, după 5—6 zile.

83. Scaunele. De multe ori, primul scaun are loc chiar în momentul expulziei; următoarele, la 1—2 zile după aceea. Scaunele din primele zile poartă numele de meconiu. Sînt dense, se lipesc de scutece, iar culoarea lor variază de la negru (ca gudronul) la maroniu sau verde-măsliniu. Între a 3-a și a 5-a zi, după eliminarea meconiului, apar scaune galbene-maronii, rezultate din digestia primelor mese (scaune „de tranziție" sau „de trecere"). Cînd copilul a băut lapte suficient, apar scaune normale de copil hrănit la sîn, de culoare galbenă-aurie, cu miros acrișor plăcut. Dacă meconiul persistă mai multă vreme înseamnă că alimentația este insuficientă.

a) *Colonizarea intestinului*. După naștere, în decurs de cîteva ore, tractul gastrointestinal se umple cu aer. Pornind de la gură și nas și mergînd catre anus se produce colonizarea cu microbi a diferitelor segmente ale tubului digestiv. La copilul alimentat natural, în flora intestinală domină bacilul bifidus, iar la cel hrănit artificial, bacilul coli. Germenii saprofiți au o mare importanță în digestia alimentelor și în sinteza unor vitamine (vitamina K).

Incidente fiziologice în perioada de nou-născut

84. Scăderea fiziologică sau „inițială" în greutate. Nou-născutul prezintă o scădere în greutate între prima și a cincea zi de viață, care este în medie de 6% din greutatea inițială, cu limite extreme între 3% și 10%. Proporția scăderii în greutate este în funcție de:

— greutatea inițială a nou-născutului (la cei cu greutate mai mare la naștere, greutatea scade mai mult);

— instalarea secreției lactate la mamă;

— îngrijirile acordate în primele zile (cantitatea de lichid administrat, temperatura mediului înconjurător, respectarea repausului copilului);

— starea de sănătate (copiii bolnavi pierd mai mult din greutate).

Este un fenomen natural, care se explică prin:

— pierderea de apă prin suprafața corporală (perspirația insensibilă);

— pierderea de apă prin respirație;

— eliminarea de meconiu și urină;

— foamea și setea din primele zile, prin aport insuficient de lichide și de hrană în primele zile, datorită secreției colostrale deficitare.

Tegumentele devin uscate. Turgorul este uneori mult redus. De îndată ce copilul începe să mănînce mai mult, curba ponderală devine regulat și treptat ascendentă, așa că după 10—15 zile se ajunge, de regulă, la greutatea inițială. Dacă greutatea nu se recuperează pînă la vîrsta de 3 săptămîni înseamnă că nou-născutul este subalimentat sau bolnav.

85. Icterul fiziologic. Din a 2-a, a 3-a zi de viață poate apărea o îngălbenire a pielii și a mucoaselor (ochi), care se accentuează pînă în ziua a 4-a — a 5-a și dispare în 1—3 săptămîni. Icterul este mai intens pe față și torace. Cînd colorația galbenă este pronunțată, copilul este somnolent și suge mai greu. Culoarea icterică este determinată de creșterea bilirubinei din serul sanguin; aceasta este eliberată prin distrugerea globulelor roșii (hemoliză) și nu poate fi prelucrată decît foarte încet de

Scanned with OKEN Scanner

către ficatul copilului, încă insuficient maturizat. Este un fenomen absolut normal, care se manifestă cu intensitate diferită la majoritatea nou-născuților.

Cînd icterul apare din prima zi și este intens și rapid progresiv, este vorba de o stare patologică ce necesită un tratament de urgență. De asemenea, dacă, după externarea din maternitate, icterul persistă peste 3 săptămîni, va fi chemat medicul, deoarece poate fi vorba de o stare patologică.

86. Criza genitală. Trecerea unor hormoni materni în organismul fetal explică unele mici modificări trecătoare ce se constată la nou-născut. Cea mai frecventă este criza genitală, exteriorizată prin modificări ale glandelor mamare și ale organelor genitale.

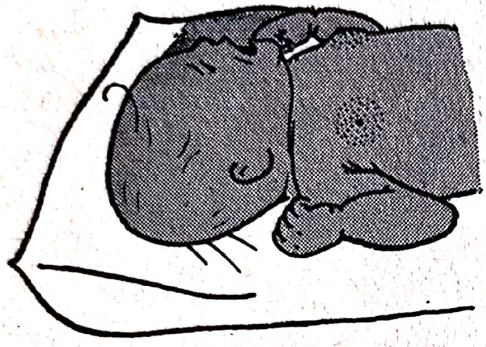


Fig. 19. Criza hormonală mamelonară.

87. Glandele mamare. La 3—4 zile după naștere, la aproximativ 40% dintre nou-născuții de ambele sexe, glandele mamare se întăresc, se măresc, atingînd uneori în diametru 3—4 cm; la apăsare se scurge un lichid lăptos asemănător colostrului. Această modificare este inofensivă, dar dacă se stoarce glanda mamară, aceasta se mărește și mai mult, riscă să se infecteze și să devină sediul unui proces purulent. Mameloanele se îngrijesc cu delicatețe, în condiții de sterilitate. Dacă roșeața este vie și din mameloane se scurge lichid lăptos, sub cămășuță se aplică tampoane mici de vată sterilă, care se fixează cu o bandă de tifon asemănătoare cu cea folosită la ombilic (nu se fixează cu leucoplast, care irită pielea și favorizează extinderea inflamației). Mărirea de volum a glandelor mamare atinge maximum la sfîrșitul primei săptămîni de viață și se poate menține de la cîteva zile pînă la cîteva săptămîni sau luni.

88. Sîngerări și secreții vaginale. Același substrat hormonal este la baza micilor *sîngerări vaginale* sau a apariției unor simple *secreții vaginale* formate din mucus, eritrocite și celule epiteliale („vulvovaginita descuamativă"). Este suficientă o toaletă zilnică a regiunii vulvare, efectuată cu comprese sterile (nu vată, din care rămîn fire!) înmuiate în infuzie de mușețel. Este cu totul inutilă aplicarea de unguente cu antibiotice.

89. La băieți poate apărea o **mărire a testiculelor** și chiar un început de **spermatogeneză.**

90. Descuamația fiziologică a nou-născutului. Încă din viața intrauterină, și continuînd în primele săptămîni de viață, se produce o desprindere de scuame din straturile superficiale (stratul cornos) ale epidermei. Această descuamație poate fi discretă, sub forma de scuame mici, asemănătoare cu tărîța (furfuracee), sau extrem de puternică, în fîșii mari (lambouri; descuamație lamelară), mai ales pe trunchi, pe palme și plante (tălpi). În caz de descuamare puternică, pielea se crapă ușor, pe abdomen, pe fese, mai puțin la axile și la nivelul pumnilor. Modificările acestea nu necesită nici un tratament special; zonele descuamate reprezintă, însă, porți de intrare pentru diferite infecții ale pielii și de aceea se vor lua măsuri riguroase de igienă. Dacă descuamația este foarte pronunțată, regiunea interesată se va tampona cu infuzie de mușețel sau cu ulei fiert; *nu se vor folosi unguente cu antibiotice (selecționează germeni rezistenți la antibiotice și predispun la micoze!)* și nu se vor spăla cu apă și săpun (irită!).

Scanned with OKEN Scanner

91. Eritemul alergic al nou-născutului apare în primele zile de viață, la unii dintre copii. Este constituit din erupții variate, ca pete roșii (macule), mici elemente proeminente (papule) sau mici băsici (vezicule). Cînd veziculele se usucă, se formează cruste. Uneori, erupțiile localizate pe față îmbracă aspectul unor placarde mari roșii, asociate cu umflarea (edemul) pleoapelor și chiar cu secreții ale conjunctivelor. Starea generală este bună și nu se constată alte tulburări generale (febră, lipsă de poftă de mîncare etc.). Erupțiile cutanate nu necesită nici un tratament special, ele dispărînd spontan, în cîteva ore sau cîteva zile. În cazurile persistente, cu erupții mai intense, se aplică pulberi inerte (talc).

92. Febra de sete corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutății. Apare îndeosebi în sezonul cald. Excesul de căldură, prin greșeli de îngrijire (soba sau caloriferul supraîncălzit, sticle cu apă caldă, perne electrice), constituie un factor favorizant adesea întîlnit în producerea febrei de sete.

Se înregistrează creșteri ale temperaturii corporale pînă la 38°, maximum 39°, și acestea durează 24—48 de ore. Copiii reacționează diferit la această febră:

— unii sînt agitați, prezintă un plîns răgușit;
— alții sînt somnolenți și fără vlagă;
— buzele sînt uscate;
— copiii își plimbă limba în gură, o scot uneori afară și caută sînul sau biberonul cu ceai;
— micțiunile se răresc;
— în cazurile grave, copiii devin palizi, cu ochii încercănați, înfundați în orbite și cu miros special al aerului expirat și al gurii, asemănător cu acetona.

Dacă nou-născutul nu este bolnav (infecții, traumatisme obstetricale), febra se explică prin pierderea de lichide ce are loc după naștere (meconiu, urină, sudație, respirație) și prin greșeli de îngrijire (supraîncălzirea salonului sau incubatorului).

Administrarea corectă de lichide previne apariția febrei de sete și determină dispariția ei.

93. Scaune de tranziție („diarei"). Între a 3-a— a 5-a zi de viață, după eliminarea meconiului, apar așa-zisele scaune „de tranziție", rezultate din digestia primelor mese. Aceste scaune sînt în număr de 5—6 în 24 de ore, de culoare verzuie, uneori cu mucus. În cazul unei alimentații exclusiv la sîn se menține în continuare un număr mai mare de scaune, grunjoase, uneori verzi și explozive.

Este o mare greșeală de a considera drept patologice aceste scaune. Dacă nu se însoțesc de fenomene de deshidratare, de febră, de modificări ale stării generale, iar mirosul lor rămîne de acid, acrișor (nu fetid), nu se va lua nici o măsură de tratament.

Îngrijirea nou-născutului în familie

94. Prima zi după venirea din maternitate. În a 6-a —a 8-a zi de la naștere, dacă totul a decurs normal, mama și copilul sînt externați din maternitate. Zilele și chiar săptămînile care urmează sînt cele mai grele.

În trecut, în familie se transmiteau experiența și superstițiile, de la o generație la alta, iar mortalitatea nou-născuților și a mamelor era mare.

Scanned with OKEN Scanner

În momentul de față, în țara noastră, toți copiii se nasc în maternitate. Datorită acestui fapt, primejdiile care pîndeau pe mamă și copil în momentul nașterii, prin lipsa de asistență medicală și de condiții de igienă, au dispărut.

Ceea ce a făcut statul pentru asistența nașterii trebuie continuat și în familie. În condițiile vieții moderne, creșterea unui copil nu mai poate fi lăsată pe seama „instinctului matern". Cei doi parteneri, tatăl și mama, trebuie să fie conștienți că „meseria de părinți" este cea mai importantă din cadrul existenței fiecăruia dintre noi.

Ajutorul generațiilor mai mari este uneori îndoielnic. Prin transformările economice extraordinare survenite în ultimii ani, generațiile tinere și-au părăsit locurile de baștină; concepțiile vremii sînt acum ca tinerele cupluri să trăiască independent, separate de părinți. Sfaturile bunicii sînt adesea perimate. Pe de altă parte, îngrijirile și alimentația sugarului au evoluat într-un mod uluitor.

Încă din prima zi, tatăl copilului este dator să anunțe circumscripția de pediatrie teritorială, de unde mama va primi îndrumările necesare. Chiar din a doua zi, mama și copilul vor fi vizitați de către medicul pediatru și de asistenta de ocrotire. De altfel, încă dinainte de naștere, mama a fost luată în evidență de către asistenta de ocrotire.

95. De la **asistenta de ocrotire** mama va cere toate sfaturile de care are nevoie. Asistenta de ocrotire va sfătui pe mamă cum să „instaleze" noul venit, va răspunde la toate nedumeririle mamei, va demonstra cum se îngrijește și cum se alimentează sugarul.

96. Medicul de circumscripție va examina în mod periodic copilul. Chiar dacă este sănătos, orice copil trebuie urmărit de medic. Nou-născuții sănătoși sînt examinați la domiciliu; sugarii sănătoși vor fi duși la consultațiile din „zilele de puericultură" planificate la fiecare dispensar de copii. Medicul va urmări greutatea, dezvoltarea motorie și psihică, va fixa alimentația și va organiza un plan de prevenire a îmbolnăvirilor (administrarea de vitamine, vaccinări, călirea prin aer, soare și exerciții fizice etc.).

O mamă tînără are o mulțime de întrebări de pus medicului și asistentei de ocrotire. În carnetul de la sfîrșitul cărții, medicul și asistenta de ocrotire vor da indicațiile corespunzătoare; în același carnet, mama va nota toate întrebările pe măsură ce-i vin în minte.

Ambii părinți vor nota observațiile lor despre copil, iar lunar vor face un mic bilanț al progreselor observate (cînd a plîns cu lacrimi; primul zîmbet; ziua în care a „ținut" capul; cînd a stat în șezut; primele silabe și primele cuvinte pronunțate; erupția primilor dinți etc.).

Asistenta de ocrotire va nota pe caiet următoarele date:

— adresa și numărul de telefon al circumscripției, policlinicii și spitalului de copii teritorial;

— orele de consultații ale medicului pediatru de circumscripție;

— numele exact al medicului de circumscripție și al asistentei de ocrotire;

— numărul de telefon al Salvării sau al Cabinetului medical de unde se poate cere asistența de urgență la domiciliu;

— adresa și numărul de telefon al Policlinicii cu plată.

97. Alegerea medicului. Orice copil, oricît de sănătos ar fi, trebuie văzut periodic de un medic. Cel mai bun medic al unui copil este cel care îl vede tot timpul. Or, medicul circumscripției teritoriale este acela care îndeplinește această con-

Scanned with OKEN Scanner

diție de bază. Experiența a demonstrat că urmărirea medicală regulată asigură o dezvoltare normală a sugarului. În același timp, luarea de măsuri la primele semne de îmbolnăvire evită catastrofele ce pot surveni în existența unui sugar. Modificările conținutului alimentației, orarul meselor, modalitățile de îngrijire și de educație se vor stabili numai împreună cu medicul sau cu asistenta de ocrotire.

98. Încrederea în medic. De viața copilului răspund în primul rînd părinții. Facem această precizare pentru că unii părinți au înțeles din faptul că s-a acordat asistența gratuită, că medicii și asistenta de ocrotire „răspund de copil". Statul socialist a acordat gratuitatea asistenței medicale, a medicamentelor și a internării în spital; ajutorul statului trebuie însă înțeles cum se cuvine. Este necesar ca părinții și medicul să se cunoască bine, să aibă încredere reciprocă și să se înțeleagă. Nimeni nu este perfect și de aceea pot să apară dificultăți; evitarea și aplanarea eventualelor diferende se va face dacă totdeauna raporturile vor fi de respect și de sinceritate de ambele părți.

Mama nu trebuie să se jeneze să pună orice întrebare medicului și asistentei de ocrotire, chiar dacă unele par simple sau ridicole. Cadrele medicale și medii sînt obligate să ajute și să lămurească orice. Teama de a nu indispune pe asistenta de ocrotire sau pe medic nu trebuie să rețină pe părinți de a solicita asistența medicală, dacă în starea copilului a apărut ceva neliniștitor. *Sănătatea copilului este mai presus de orice!*

Medicul și asistenta de ocrotire sînt datori să se apropie sufletește de orice mamă, să devină sfătuitorii ei în toate problemele de familie. Dacă mamei i se pare ceva neclar, va reveni cu întrebări suplimentare, pentru a se lămuri.

Asistenta de ocrotire, pe lîngă sfaturile medicale propriu-zise, va învăța pe mamele tinere cum să-și organizeze munca, cum să folosească bugetul familiei, cum să-și aranjeze casa, pe scurt va deveni chiar un element de civilizare acolo unde este cazul. Asistenta de ocrotire va indica familiei tot ce este necesar, de la „trusoul" copilului pînă la alimentele ce trebuie procurate pentru mamă și copil. Toate acestea se vor discuta de la om la om, cu toată sinceritatea, avînd grija de a nu jigni. Dacă, la rîndul lor, părinții nu sînt mulțumiți de îngrijirile și sfaturile acordate de medic sau asistenta de ocrotire, cea mai bună cale este de a pune lucrurile la punct, exprimîndu-și nemulțumirile neîntîrziat. Prin expunerea opiniilor fiecăreia dintre părți se pot înlătura neînțelegerile, greșelile și lipsa de încredere.

99. Schimbările domiciliului copilului se anunță la Dispensarul de pediatrie. Conform legislației noastre, copilul este în ocrotirea teritoriului unde părinții au domiciliul stabil. În caz de schimbare a locuinței părinților, se ridică „fișa medicală" a copilului și se duce la dispensarul localității sau sectorului unde domiciliază aceștia. Copilul beneficiază de gratuitate (asistență medicală și medicamente) în orice colț al țării, dar părinții sînt datori să anunțe pe asistenta de ocrotire de orice schimbare a domiciliului, pentru ca sugarul să fie luat în evidență și urmărit medical. Chiar atunci cînd familia pleacă în concediu, asistenta de ocrotire va trebui înștiințată de durata absenței. În localitatea unde ajunge cu copilul, mama se va interesa de adresa dispensarului de copii, la care poate apela la nevoie.

100. Farmacia copilului. Împreună cu medicul și cu asistenta de ocrotire, mama se va îngriji de întocmirea unei farmacii a copilului. După părerea noastră, în trusa medicală a oricărui copil în primul an de viață este indicat să existe:

— comprese sterile, una cutie;
— vată, un pachet;

Scanned with OKEN Scanner

— „Saprosan pulbere" pentru pudraj;
— Aminofenazonă (Piramidon), 10 tablete de 0,10 g (pentru copii). Soluțiile de Piramidon se vor folosi numai proaspete, în decurs de 3—4 zile de la preparare; după aceea se modifică și devin ineficace;
— supozitoare de Aminofenazonă L (pentru copii), una cutie;
— Fenobarbital tablete de 0,015 g (pentru copii), 10 tablete;
— Aspirină în pachete de 0,05 g sau de 0,10 g (pentru copii);
— alcool de 60° (50—100 ml);
— Saprosan, microdrajeuri de 0,010 g, din care se poate da în caz de diaree 1 microdrajeu pe kilocorp, la intervale regulate;
— un unguent formulat de medicul curant;
— o seringă (de 5 ml sau chiar de 2 ml) cu acele corespunzătoare, care să fie folosită numai la copil; se fierbe în prealabil 30 minute în apă clocotită;
— un rulou de leucoplast cu lățimea de 3 cm;
— un termometru medical;
— 1—2 pipete;
— una pară de cauciuc pentru clismă;
— 1—2 sticle cu dop care se înșurubează ermetic, care să fie folosite la nevoie ca buiote;
— o sticluță cu ulei fiert sau ulei de vaselină simplă.

101. Copilul nu este numai problema mamei. Copilul nu apare numai ca un decor viu în dormitor, ci ca o ființă vie în toată casa, în toată familia, în căsnicie. Pentru primirea lui se fac pregătiri mari în tot menajul. La primirea noului venit trebuie să ia parte întreaga familie și îndeosebi tatăl copilului.

Ce trebuie avut în vedere?

102. Gîndurile și grijile tuturor să fie în primul rînd la mamă. De luni și luni de zile, organismul mamei a fost adaptat la prezența copilului. În momentul nașterii intervine o schimbare bruscă. Această modificare hormonală intensă se produce ca un șoc. Urmarea cea mai pregnantă este apariția așa-numitelor „lacrimi de lăuzie". Este suficient ca nou-născutul să sugă cu 5 g mai puțin, ca soțul să-și exprime cine știe ce îndoieli despre mamă sau copil, ca mama să constate că nici o fustă nu-i mai vine bine, pentru ca să verse șiroaie de lacrimi, disproporționat de mari în raport cu motivul.

Acum începe rolul soțului — tată, care trebuie să arate înțelegere pentru aceste manifestări de depresiune. S-a spus că: „O femeie are nevoie de 9 luni pentru a deveni mamă. Mama are nevoie de 9 luni pentru a redeveni femeie. Ea are nevoie de menajamente în ambele aceste drumuri".

103. Gînduri pentru căsnicie. Mama „proaspătă" rămîne soția bărbatului ei, chiar dacă a devenit și mamă. Deși dominată de instinctul matern, ea este datoare să vegheze, ca și pînă acum, la drepturile soțului, să manifeste același interes și afecțiune. Dacă va proceda altfel, bărbatul va prefera, pînă la urmă, cercul prietenilor din afara căminului.

O planificare corectă a timpului permite mamei să se ocupe de copil, de soț și de ea însăși. Pentru aceasta este nevoie de puțină încredere în sine: orice mamă se descurcă cu propriul ei copil! Civilizația a pus la îndemîna mamei numeroase înlesniri: îmbrăcămintea gata-confecționată, frigiderul, mașina de spălat rufe, preparatele de lapte industriale, presa de fructe etc.

104. Liniștea în familie. În primele zile după întoarcerea acasă, mama și copilul au nevoie de liniște. Vizitele, oricît de bine intenționate, nu sînt binevenite înainte

Scanned with OKEN Scanner

de 4—5 zile. Mama și copilul nu sînt obișnuiți cu noul ritm al zilei, deosebit de cel din maternitate. Mama este nouă în rol, nesigură și foarte susceptibilă la critici; cea mai mică ironie o rănește profund. Iar dacă prima zi în familie este agitată, cu un permanent du-te-vino, nu este de mirare că noul venit regurgitează, plînge și consumă scutece multe.

Vizitatorii nu trebuie să se joace cu copilul. Mama trebuie să fie extrem de fermă pentru a opri un astfel de comportament, care, pe lîngă inconvenientul de a crea stări de agitație copilului, poate duce la transmiterea vreunei infecții.

105. Ajutorul bunicilor. Prima lună după nașterea copilului este cea mai încărcată din viața mamei. Pe lîngă asistenta de ocrotire și de tatăl copilului, este necesară o a treia persoană. Istovirea și surmenajul din perioada de lăuzie au urmări nefaste pentru sănătatea copilului și a mamei.

Este de dorit să existe o bună înțelegere între mamă și cele două bunici ale copilului. Acestea se vor strădui să menajeze pe mama copilului, atît fizic cît și psihic. În primul rînd, bunicile nu trebuie să încerce să dirijeze totul și să trateze pe mamă ca pe un copil. Mama simte că nou-născutul este în primul rînd copilul ei, că-i aparține exclusiv ei și că ea este în stare să-l crească singură. Bunicile sînt obligate să-și struneasscă pornirile de posesiune și de diriguire, oferindu-și numai experiența și o participare activă la treburile casnice, printr-o prezență discretă și agreabilă.

Tinerii părinți, la rîndul lor, trebuie să știe că bunicii sînt persoanele care, datorită dragostei pe care i-o poartă, oferă copilului o îngrijire de care nu este în stare nici cea mai harnică persoană străină.

Cea mai mare parte a părinților tineri nu sînt siguri pe nimic. Ca orice începător, se tem să nu fie socotiți incompetenți și adesea se supără la orice critică.

Mulți bunici își amintesc și mărturisesc propriile lor greșeli și stîngăcii din tinerețe și nu intervin. Alții se simt superiori prin faptul că „au experiență", au niște opinii bine stabilite, își adoră nepoții și nu se pot abține de a-și exprima și a încerca să-și impună părerile. Schimbările indicate de medic și de cărțile noi li se par adevărate aiureli: orarul meselor a devenit mai suplu; alături de lapte se introduc mult mai devreme sucurile și chiar alimente solide; înfășatul sugarului se face altfel; educația curățeniei se face mai tîrziu etc.

Medicul pediatru și asistenta de ocrotire vor ajuta pe tinerii părinți să armonizeze raporturile cu bunicii, analizînd pe larg diferitele puncte de vedere. Orice litigii se vor discuta deschis, fără să se facă insinuări supărătoare sau să se păstreze o tăcere reprobatoare. Medicul sau asistenta de ocrotire vor fi luați de arbitri atunci cînd apar dispute asupra unor metode de îngrijire.

Mama nu va capitula atunci cînd are dreptate, dar va proceda cu tact și înțelegere față de bunele intenții ale bunicilor. Atitudinea rezonabilă a tinerilor va asigura relații bune și ajutorul bunicilor pe viitor.

La rîndul său, bunica cu măsură și bun simț va acorda încredere mamei, adaptîndu-se la noile metode.

La epuizarea concediului mamei, în locul unei persoane străine este de preferat ca sugarul să fie încredințat bunicilor, acceptînd chiar unele compromisuri; căci, este de subliniat, ar fi iluzoriu de a se aștepta ca bunicii să respecte toate normele stabilite de părinți. Dar, oricît ar fi greșite unele concepții ale bunicilor în ce privește îngrijirea copiilor, ei o fac totdeauna cu dragoste și pasiune, ceea ce nu se poate concepe de la o persoană străină, oricît de pricepută și de bine retribuită ar fi. De altfel, mulți bunici, după pensionare, se obișnuiesc greu cu inactivitatea; creșterea

Scanned with OKEN Scanner

nepoților le dă prilejul de a fi iar folositori, existența lor căpătînd un conținut nou și un nou stimul de viață.

Extremisme greu de conciliat. Sînt mame care nu acceptă nici o critică. Tensiunea care exista dinainte între mamă și soacră, din cauza unor dispute mai vechi, se accentuează cu prilejul nașterii copilului. Mama va fi enervată de prezența bunicii și-și va afirma cu orice prilej setea de independență. Ea va aplica cu ostentație metodele mai noi de creștere a copilului, nesfiindu-se să le spună bunicilor că sînt demodați sau de-a dreptul incompetenți. În legătură cu astfel de situații, din nenorocire deloc rare, citez pe Benjamin Spock care, prin cartea sa „The common sens book of baby and child", a fost apreciat în deceniile trecute ca cel mai ascultat medic din lume:

„Amintirea criticilor continui din timpul tinereții pot duce pe mamă (sau pe tată) la o stare anormală... Ce plăcere să angajeze un război de principii cu un adversar detestat! Ce nenorocire, ca educația copilului să servească la ațîțarea focului. Iată motivul pentru care îmi permit să sugerez celor cărora le face plăcere să tortureze pe bunici, să-și facă un examen de conștiință: poate așa, își vor da seama de răutatea actelor lor!".

În continuare, despre bunicile care greșesc prin excesul lor de autoritate, același autor scrie: „O bunică autoritară, care a impus totdeauna voința fiicei sale, nu va putea să se abțină de-a face pe dictatorul chiar cînd aceasta va deveni mamă. Unei astfel de tinere mame îi va veni foarte greu de a vedea lucrurile în adevărata lor lumină. Uneori evită sfaturile deoarece nu îndrăznește să-și afirme propriile sale idei; alteori, acceptîndu-le, ea se supune; dacă le refuză, se simte vinovată. Cum va putea să-și păstreze independența? Va fi penibil, dar va reuși acționînd progresiv. Trebuie să-și pună în cap că *ea* este mamă și că *ea* este cea care trebuie să se ocupe de copil.

Dacă se îndoiește de ceva, se va sfătui cu medicul sau cu asistenta de ocrotire. Trebuie să conteze îndeosebi pe ajutorul soțului, mai ales dacă persoana pisăloagă este mama lui. Soțul, evident, trebuie să-și aprobe mama cînd el apreciază că ea are dreptate, dar este dator s-o facă să înțeleagă că el împărtășește părerea soției în ce privește intervențiile intempestive.

Este mult mai bine ca tînăra mamă să învețe puțin cîte puțin să nu evite pe bunică, și să nu se teamă s-o asculte pentru a nu mai arăta nici un semn de slăbiciune. Decît să izbucnească în lacrimi, de furie, este mai bine să se forțeze să-și impună părerile. Noi admitem, cu convingere, că ea are toate motivele să se supere. Dar aceste emoții stăpînite constituie o probă sigură că ea s-a supus prea multă vreme de teama de a nu înfuria pe bunică. O bunică autoritară va sesiza cea mai mică urmă de timiditate și nu va pierde ocazia de a-și crea un avantaj. De ce tînăra mamă nu ar putea să-și contrazică puțin mama, dacă lucrurile au ajuns aci? De fapt, nu ar trebui să fie necesar să se ajungă la harță — cel puțin nu mai mult de o dată sau de două ori! Cel mai bun mijloc este de a răspunde calm și cu un ton convingător, înainte de a se supăra: „Medicul m-a sfătuit să-l hrănesc astfel..." sau „Vedeți, eu prefer să nu-l îmbrac prea călduros..." sau încă „Este mai important ca el să nu plîngă prea mult timp". Calmul și încrederea în sine sînt mijloace radicale pentru a convinge pe mama mare că fiica sa are curajul convingerilor sale...".

106. Primele îngrijiri le dau în maternitate moașa și asistenta (sora) de pediatrie, la indicațiile medicului pediatru din maternitate (vezi capitolul al VI-lea).

Scanned with OKEN Scanner

De la medicul pediatru mama va afla care este starea de sănătate și care sînt caracteristicile copilului. El este în măsură să răspundă cu competență la prima și cea mai legitimă întrebare pe care și-o pun părinții: „copilul nostru este normal?" După 6—7 zile de observație medicală a copilului, el poate răspunde la această întrebare.

De la sora pediatră poate afla cum se îngrijesc pielea și ombilicul, cum se înfașă nou-născutul, cum trebuie ținut în brațe, ce a observat deosebit în reacțiile lui la diverse îngrijiri.

Înainte ca mama să ajungă acasă, tatăl și bunicii copilului sînt datori să pregătească condiții corespunzătoare pentru primirea noilor veniți.

Pe lîngă completarea trusoului (vezi capitolul al V-lea), tatăl este dator să anunțe pe medicul pediatru și pe asistenta de ocrotire de la circumscripția de pediatrie, pentru ca aceștia să planifice din timp prima vizită (care se face de către medic însoțit de asistenta de ocrotire). În caz că la maternitate copilul a primit un aliment special („Eledon", de exemplu) sau urmează un anumit tratament medical, singurul în măsură să elibereze rețetele corespunzătoare și să urmărească copilul este medicul de la circumscripția de pediatrie.

Nou-născutul are nevoie de liniște și de confort

107. Somnul. Timpul afectat somnului unui copil variază destul de mult. În general, în luna I doarme 18—20 de ore.

108. Unde doarme nou-născutul? Dacă este posibil, este bine ca copilul să aibă cît mai devreme cameră proprie, pentru ca mama și tatăl să aibă liniștea necesară în timpul nopții (vezi punctele 449—458).

În familiile în care copilul locuiește în aceeași cameră cu adulții se va alege, pentru coșul sau patul copilului, un loc ferit de curenți, luminos și liniștit. *Niciodată nu se va așeza patul (coșul) lîngă sobă; supraîncălzirea este periculoasă, putînd determina ceea ce se numește „șoc caloric"*, cu febră mare și alterarea stării generale.

Radioul și televizorul deranjează pe copil. Bucătăria, cu atmosfera de umezeală și cu temperatura inconstantă, ca și încăperile cu fum de țigară, sînt dăunătoare pentru sănătatea și somnul copilului.

Este bine ca familia să se obișnuiască de la început să nu se ocupe fără motiv de copil.

Este suficient dacă mîngîierile, îmbrățișările, „convorbirile" se materializează numai prin contactul impus de îmbăiere, înfășat și alimentație. De la început se va vorbi cu el într-un limbaj rațional, cu o voce caldă; va fi îngrijit cu calm și pe cît posibil de aceeași persoană. *Copilul are nevoie de uniformitate în îngrijiri, de liniște absolută, de respectarea programului de somn.*

Despre patul copilului (vezi capitolul al V-lea, punctul 455).

109. Cum se învelește copilul în timpul somnului? Se va folosi o păturică ușoară din lînă, învelită într-o husă de pînză de culoare deschisă, ușor de spălat. Cei mai mulți copii stau liniștiți în pat în primele luni de viață, așa că această păturică este suficientă.

O plăpumioară cu puf nu este necesară decît iarna, sau cînd copilul este scos la plimbare (în zilele friguroase).

Se recomandă sacul de dormit? În primele săptămîni, în programul sugarului aproape că nu există deosebiri între zi și noapte. El doarme liniștit, atît ziua, cît și în timpul nopții. De-abia cînd crește și începe să „pedaleze" (2 luni), el se poate

Scanned with OKEN Scanner

dezveli, și de aceea, în cursul nopții se poate folosi un sac de dormit. Acesta va fi încheiat cu nasturi. Nu se vor folosi nici un fel de șnururi sau șireturi, avînd în vedere pericolul de strangulare.

110. Aer și lumină. Ca orice ființă, copilul are nevoie de aer și de lumină pentru a trăi și a se dezvolta. În plus, acestea stimulează activitatea pielii, circulația sîngelui și toate procesele vitale. Organismul, încă foarte fragil, se deprinde treptat să-și păstreze și să-și autoregleze temperatura, se călește, devine mai rezistent la îmbolnăviri.

De aceea, înainte de a culca copilul se va aerisi bine încăperea (fie mutînd copilul în altă cameră, fie prin intermediul unei camere vecine).

Scoaterea copilului la aer se face de la vîrsta de 2 săptămîni în anotimpurile calde, iar în cele reci, după o lună.

111. Neliniștea și tresărirea. Copilul tresare și devine agitat cînd aude un zgomot mai puternic. Acestea nu constituie manifestări de nervozitate. Este vorba de un „reflex de spaimă", în cadrul unui comportament normal la un copil care nu este deloc nervos.

112. Tremurăturile bărbiei, mîinilor și picioarelor sînt fenomene perfect normale la nou-născuți și dispar după cîteva săptămîni.

113. Sughițul. Mulți copii sughit în primele săptămîni de viață. Aceasta nu constituie nici un motiv de îngrijorare.

Pentru combaterea sughițului, copilul va fi luat în brațe și va fi frecat sau bătut ușor pe spate. În cazuri mai rebele se poate administra puțin ceai călduț, de exemplu ceai de anason îndulcit cu o linguriță de zahăr la 100 ml. Dacă s-a udat, copilul va fi schimbat în scutece uscate.

114. Plînsul este un semn important prin care copilul își manifestă foamea, setea, lipsa de confort (frig, cald, prea strîns înfășat, cute sau noduri de la scutece, emisiune de scaun sau urină, zgomot în cameră, aer viciat, stare de agitație sau de nervozitate în familie, poziție incomodă în pat etc.), o suferință sau îmbolnăvire („colici abdominale", durere din cauza opărelii, respirație nazală dificilă datorită unui guturai etc.).

Plînsul este mijlocul prin care copilul semnalează mamei o necesitate sau o suferință. Mama este datoare să observe copilul, să urmărească orarul și durata plînsului, să-l asocieze cu alte manifestări, să găsească soluția pentru a-l liniști. Ori de cîte ori copilul plînge, trebuie căutat de la început dacă este ud, dacă-i este frig sau dacă-l chinuie o cută de la scutece. După ce s-a îndepărtat motivul suferinței, va fi liniștit încă puțin și va fi culcat din nou în patul lui. Dacă va fi purtat în continuare în brațe, el va deveni răsfățat și va învăța, curînd, să folosească plînsul pentru a obține să fie ținut în brațe și legănat.

Credința că plînsul fortifică plămînii este falsă. Ea își are probabil originea în faptul că primele respirații profunde, care însoțesc țipătul imediat după naștere, duc la distensia plămînilor cu aer. După aceea, însă, țipătul nu mai contribuie la creșterea plămînilor.

115. Copilul poate fi lăsat singur? Copilul nu trebuie lăsat nici o dată singur în casă. În momentul cînd medicul îi permite mamei să facă plimbări, se va apela la o rudă sau altă persoană de încredere, cu simțul răspunderii. (După o plimbare sau o vizită la o familie de prieteni, mama se va simți mai în putere și se va ocupa cu un elan crescut de copil și de restul familiei.)

Scanned with OKEN Scanner

Igiena nou-născutului

116. Ombilicul (buricul). Îngrijirile nou-născutului nu se deosebesc esențial de cele pe care le primește sugarul mai mare. Diferențele provin numai din existența restului cordonului și al plăgii ombilicale, care impun ca regulile de curățenie și de prevenire a infecțiilor să fie respectate într-o măsură și mai mare decît pentru sugar.

Ceea ce rămîne din cordonul ombilical (bontul ombilical) se usucă puțin cîte puțin după naștere. Devenit brun-negricios și dur ca un zgîrci, acest rest cade după 5—8 zile; adesea, acest interval de timp este și mai lung, în special cînd cordonul a fost tăiat mai aproape de piele. Mica plagă ombilicală care persistă se retractă, formînd un fel de mică pîlnie, și dispare în cuta ombilicului. Normal, plaga ombilicală se închide între a 10-a și a 14-a zi după naștere, uneori mai tîrziu.

Plaga ombilicală poate fi o poartă de intrare pentru microbi periculoși. Orice sîngerare, roșeață sau scurgere de puroi trebuie să fie semnalată medicului.

Regiunea ombilicală se pansează cu comprese sterile, uscate, pînă la căderea bontului ombilical și vindecarea plăgii ombilicale.

117. Pansamentul ombilical se face cu ajutorul unei comprese sterile, crestată în prealabil pînă la jumătate. Aceasta se așază în jurul bontului ombilical. Dacă bontul este zemuind se curăță cu o compresă înmuiată în alcool 60°, apoi cu alta înmuiată în ser fiziologic și, în sfîrșit, se tamponează cu 1—2 comprese uscate; la sfîrșit se acoperă cu 1—2 comprese sterile și se trage pe deasupra o fașă. Dacă plaga este curată se schimbă numai compresa sterilă; cel mult se pudrează cu Sulfatiazol pulbere.

Fașa se trage în așa fel încît fiecare tură să depășească pe cea precedentă, întocmai ca rîndurile de țiglă pe un acoperiș (adică fiecare tură de fașă acoperă pe cealaltă numai pe jumătate). Fașa nu trebuie strînsă prea tare, pentru a nu jena copilul, dar va fi plasată suficient de ferm, pentru ca să nu se deplaseze în sus sau în jos (pericol de a se descoperi plaga ombilicală).

Este de dorit ca fașa ombilicală să fie cît mai elastică; ea va fi confecționată din pînză (fașa de tifon se deșiră, iar cea din fire sintetice oprește respirația cutanată) și va fi lungă de 1 m și lată de 5—6 cm. După ce se fierbe și se calcă, fașa se păstrează într-o pînză albă călcată. Dacă o fașă a venit în contact cu pămînt de grădină, este interzisă folosirea ei, datorită pericolului de infecție tetanică.

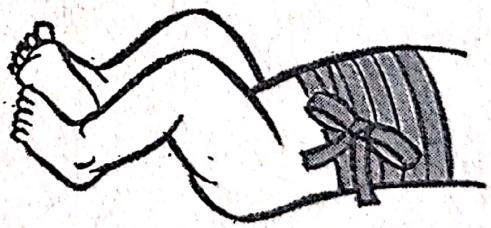


Fig. 20. Pansamentul ombilical.

Pentru a evita infecțiile și a nu întîrzia mumificarea bontului ombilical nu se face baie nou-născutului înainte de căderea acestuia. Se face zilnic toaleta parțială (vezi punctul 119) a copilului, evitînd cu grijă umezirea regiunii ombilicale. La început, în cadrul toaletei zilnice, compresa de tifon care acoperă bontul ombilical se schimbă numai dacă este udă sau miroase urît; apoi se schimbă zilnic. Se va evita orice manevră brutală, tracțiune etc. Compresele lipite de ombilic se îndepărtează după înmuiere prealabilă cu apă oxigenată.

După căderea cordonului se continuă pansamentul ombilical pînă cînd plaga este perfect uscată. Uneori se menține o secreție ușoară, datorită formării unui granulom ombilical. Acesta se îndepărtează prin atingerea fundului plăgii cu un creion

Scanned with OKEN Scanner

de nitrat de argint. Dacă mama nu are curajul și îndemînarea necesară pentru efectuarea acestui tratament, va apela la asistenta de ocrotire (vezi și punctele 662, 717).

După ce plaga ombilicală s-a vindecat, pansamentul devine de prisos, iar apariția unei hernii ombilicale tot nu poate fi prevenită cu un simplu pansament ombilical.

118. Îngrijirea pielii nou-născutului. Pielea nou-născutului este fină, catifelată, sensibilă, avînd o tendință marcată la răniri și infecții. Dacă nu este schimbat la timp și este lăsat în scutece umede sau murdare, copilul este agitat, nu se poate odihni. Scutecele murdare sau aspre, urina, fecalele și chiar secrețiile proprii (sărurile din transpirație, grăsimea, celulele ce se desprind continuu din stratul superficial al pielii) favorizează apariția eritemului fesier (roșeață a regiunii fesiere în jurul anusului), a leziunilor de intertrigo (lezarea pielii sub formă de șanțuri roșii, zemuinde, la nivelul cutelor pielii sau în șanțurile din spatele pavilioanelor urechilor), a unor vezicule (băsici cu lichid clar) sau chiar pustule (băsici pline cu puroi). Toate acestea, ca și orice lezare a pielii (zgîrieturi, înțepături, crăpături, arsuri), constituie porți de intrare pentru infecții grave (abcese, furunculoze, septicemii, bronhopneumonii).

Pielea, chiar și cea acoperită de scutece, se murdărește în permanență; pe lîngă deșeurile propriului organism, pe piele se depun scuame, praf, microbi, așa că trebuie spălată zilnic în întregime. Unguentele și pudrele utilizate la nou-născut, împreună cu secrețiile pielii, determină, mai ales la pliuri (cute), iritații și apoi infecții locale, dacă nu sînt îndepărtate zilnic prin spălare.

Curățirea pielii se face zilnic cu apă și săpun fin (săpun de ras, săpun pentru copii „Nivea", săpun de glicerină), ocolind regiunea ombilicală. Sugarii care au pielea deosebit de sensibilă (prematurii, unii copii blonzi) nu se spală cu apă și săpun; la aceștia, pielea se curăță cu tampoane de tifon sterile, înmuiate în ulei fiert.

Peste zonele de piele descuamată și peste cruste se aplică, timp de cîteva ore, vaselină simplă sau comprese înmuiate în infuzie de mușețel.

Pielea din unele regiuni (gît, subțioară, plicile inghinale) este predispusă la apariția eritemelor; de aceea regiunile respective se vor curăți bine de murdărie, de resturile de pudră sau unguente, iar după ce se spală se usucă bine, înainte de a se pudra din nou cu talc.

119. Tehnica băii parțiale. Se folosește o mănușă din pînză moale, confecționată din lenjerie veche. Copilul — dezbrăcat parțial, pentru a nu răci — este culcat cu fața în sus, pe un cearșaf curat. Cu mănușa săpunită se spală, în ordine: brațele, plicile gîtului, pieptul. După aceasta, cu altă mănușă, înmuiată în apă limpede sau în infuzie de mușețel, se curăță bine regiunile săpunite, iar cu ajutorul unui prosop moale se „usucă" imediat (adică se tamponează, prin mișcări fine, pînă cînd dispare orice umezeală; nu se șterge, în sensul strict al cuvîntului, pentru a nu indispune copilul și a nu-i răni pielea). Nu se atinge regiunea ombilicală cu mănușa. Urmează spălarea membrelor inferioare. În continuare, copilul este culcat pe burtă și este spălat pe spate, membrele inferioare fiind acoperite. Este întors din nou pe spate, este acoperit de la gît pînă sub ombilic și se spală regiunile genitală și fesieră, care apoi se pudrează sau se protejează cu un unguent. La copiii predispuși la eriteme se preferă cremele calmante (Cutaden), deoarece pudra aderă la piele și formează uneori cruste, iritînd pielea.

Curățirea regiunii anale și genitale, după scaun, se face cu apă și, eventual, cu săpun neiritant. Se tamponează bine pentru a îndepărta orice urmă de umezeală de pe piele și se aplică, în strat subțire, un unguent pe bază de oxid de zinc. Nu este

Scanned with OKEN Scanner

recomandabilă folosirea repetată a săpunului, în cursul aceleiași zile, deoarece fragilizează pielea prin îndepărtarea stratului de grăsime al corpului.

În caz că apare un eritem fesier cu eroziuni sau cu elemente de foliculită (mici băşicuţe albe, pline cu puroi) se va anunţa imediat medicul, iar la efectuarea băilor medicamentoase se va consulta asistenta de ocrotire.

În eritemele simple se va folosi infuzia de muşeţel; dacă au apărut elemente de infecţie a pielii se face o baie cu soluţie de dezinfectante (Bromocet, Cloramină).

În caz de modificări patologice ale pielii (infecţii) este bine să se ţină seama de următoarele:

— se recomandă mai multă meticulozitate în efectuarea băii parţiale a copilului;

— lenjeria se dezinfectează şi se fierbe;

— nu se vor folosi din proprie iniţiativă şi la întîmplare unguente ce se găsesc în casă, în farmacie sau pe la prietene, ci numai cele indicate de medic.

Baia generală se face imediat după ce s-a vindecat plaga ombilicală (vezi capitolul al V-lea).

Înfăşatul nou-născutului (vezi capitolul al V-lea, punctele 479—499).

120. Cum se îmbracă mama cînd îngrijeşte copilul? La orice manevră de îngrijire este bine ca mama să poarte un şorţ curat, de culoare deschisă, sau un halat pe care nu-l îmbracă atunci cînd face alte treburi în gospodărie.

Se scot bijuteriile şi ceasul de la mînă şi se spală bine mîinile cu apă şi săpun, înainte de a începe toaleta copilului.

Curăţenia este legea supremă a îngrijirii copilului

121. Dacă este răcită, mama poate hrăni şi îngriji copilul? Cînd mama are guturai, este răguşită sau simte o jenă în gît, se anunţă începutul unei răceli. În

Fig. 21 şi 22. Două tipuri de mască pentru mamă.

acest caz ea va purta o mască la gură şi la nas, ori de cîte ori se apropie de copil, deoarece la această vîrstă copilul este foarte receptiv la orice boală.

Masca se confecţionează dintr-o bucată de pînză sau de tifon, care se pune în două şi se coase ca un buzunar în interiorul căruia se introduce o bucată de material

Scanned with OKEN Scanner

plastic. La cele 4 colțuri se coase cîte o bucată de șiret cu care masca se prinde în jurul capului.

Vaccinări (vezi capitolul al VI-lea).

Creșterea și dezvoltarea nou-născutului

122. Creșterea în greutate. Se știe că la naștere greutatea medie a unui copil este de 3 000—3 500 g. După recuperarea scăderii fiziologice în greutate, cei mai mulți nou-născuți cresc cu cîte 25—30 g pe zi. Există însă și variații individuale.

Deoarece majoritatea copiilor scad în greutate, în primele zile după naștere, cu circa 5—7%, ei trebuie să recupereze această pierdere, înainte de a crește în greutate. Aceasta înseamnă că, în mod normal, în prima lună creșterea este de 500—550 g, adică la o lună sugarul cîntărește 3 600—4 000 g. Bineînțeles că progresul ponderal depinde atît de greutatea de la naștere, cît și de scăderea inițială.

Din motive didactice, în manuale este scris că nou-născuții cresc cu 750 g în prima lună. În practica de toate zilele, acest salt ponderal este rar întîlnit; de aceea, mamele și asistentele de ocrotire nu se vor alarma dacă sporul ponderal al sugarului nu atinge cifra de 750 g, în prima lună de viață.

a) *Creșterea zilnică este neregulată.* Creșterea de 30 g/zi reprezintă numai o medie calculată din totalul pe mai multe zile. Greutatea copilului variază mult de la o zi la alta. Micile neregularități se compensează de la sine.

b) *Cît de des se cîntărește copilul?* Copilul nu trebuie cîntărit zilnic. Este suficient un singur control ponderal pe săptămînă, făcut totdeauna la aceeași oră și cu același cîntar.

Dacă mama merge regulat la „ziua de puericultură săptămînală", programată la fiecare dispensar de copii, este suficient pentru a controla progresul copilului și pentru a avea o evidență a creșterii lui în greutate.

Dacă este vorba de un copil născut prematur, subponderal sau bolnav, sînt necesare cîntăriri mai frecvente.

La nou-născutul la termen, sănătos, nu se recomandă cîntărirea zilnică, deoarece oscilațiile în greutate pot declanșa probleme nejustificate, în familiile anxioase.

Dacă există cîntar în casă, este bine ca prima cîntărire să se facă în ziua sosirii de la maternitate, pentru că există uneori diferențe importante între cîntare.

Cifrele constatate la fiecare cîntărire se notează în carnetul de la sfîrșitul cărții de față.

123. Creșterea în lungime. La naștere, copilul măsoară 50—52 cm. În prima lună el crește cu 3—4 cm.

124. Dezvoltarea sistemului nervos. Sistemul nervos central nu este complet dezvoltat la naștere, dar centrii nervoși pentru funcțiile vitale sînt pregătiți încă din viața intrauterină. Întîi apar așa-numitele funcții „joase": reflexele pentru mișcări, respirație, alimentație. Cu prilejul unor intervenții chirurgicale s-au putut constata, de la vîrsta de 6—8 săptămîni a embrionului, mișcări reflexe, iar ceva mai tîrziu reflexele de supt și de deglutiție (înghițit). La început, întreaga activitate nervoasă se limitează la funcțiile vitale. În ultimele luni de sarcină, fătul dispune de toate funcțiile care se cunosc de la copiii prematuri:

— execută mișcări libere;

Scanned with OKEN Scanner

— percepe unii excitanți externi (presiune, zgomote puternice);
— înghite lichid amniotic, ai cărui compuși sînt resorbiți în tubul digestiv al fătului, trec în sîngele mamei și sînt eliminați apoi prin aparatul excretor matern.

Fără a exagera se poate spune, deci, că tot ceea ce nou-născutul știe și face imediat după naștere a știut și a executat și înainte de a veni pe lume.

a) *Funcțiile sistemului nervos la nou-născut.* Encefalul (creierul), care la adult comandă mișcările voluntare, este insuficient dezvoltat la nou-născut. Multe mișcări se fac sub impulsul unor centrii situați mai jos în trunchiul cerebral. Nou-născutul este un fel de ființă „subcorticală", la care sînt dezvoltați îndeosebi centrii cu funcții de importanță vitală: respirație și alimentație.

Simțurile nou-născutului nu sînt complet maturate, dar sînt capabile de funcționare. Excitanții din lumea exterioară sînt recepționați de organele de simț (pentru pipăit, gust, miros). Sînt prezente de asemenea simțul poziției (postural) și al mișcărilor. Ochiul și urechea rămîn puțin în urmă, deși funcția de bază este prezentă.

b) *Procesul de maturare a creierului* se petrece în următoarele săptămîni și luni, cu o precizie uimitoare. Craniul se mărește rapid, encefalul crește mult în greutate, după primul an de viață copilul este capabil să meargă singur și schițează, în limite restrînse, tendințe de activitate spirituală superioară.

c) *Reacțiile psihice ale nou-născutului* depind de maturarea sistemului nervos. Nou-născutul și sugarul mic nu sînt capabili de acțiuni voluntare. Ei nu au noțiunea eului și a mediului. Reacțiile la excitanții din mediul înconjurător sînt, pe de o parte, reacții reflexe, iar pe de altă parte, comportă și o nuanță psihică, deoarece excitațiile determină probabil senzații și sentimente agreabile sau dezagreabile. Senzațiile și sentimentele de plăcere sau de neplăcere pot fi exteriorizate prin mișcări sau prin țipete. Toate celelalte modalități de exteriorizare se dezvoltă abia în decursul primelor luni după naștere. Mișcările din timpul somnului sau din perioadele de veghe, cum ar fi cele ale degetelor de la mîini, nu pot fi interpretate ca modalități de exprimare psihică.

125. Văzul. Alături de simțul pipăitului, văzul constituie cel mai important instrument senzorial al sugarului. Cu ochii, el cuprinde de la început lumea înconjurătoare, înainte de a o „apuca și pipăi" cu mîinile sale.

Nou-născutul ține ochii închiși aproape tot timpul; din cînd în cînd mișcă globii oculari, fără nici un scop. La foarte mulți nou-născuți, ochii sînt îndreptați în direcții diferite („se uită cruciș"). Acest fenomen (strabism) nu are un substrat patologic, el explicîndu-se prin coordonarea încă imperfectă a mișcărilor celor doi globi oculari.

Nu se poate răspunde cu precizie dacă nou-născutul vede. Aparatul vizual este prezent, dar răspunsul la excitanții luminoși este numai reflex, fără participarea conștiinței. În plus, nu s-a ajuns la o coordonare a mușchilor care permit să-și concentreze privirea asupra unui anumit obiect. Probabil că nou-născutul deosebește lumina de întuneric și vede unele contururi, care se definesc din ce în ce mai bine în decursul săptămînilor următoare. Unii dintre nou-născuți, dacă sînt treji și se aprinde brusc un bec puternic, clipesc și întorc chiar capul; alții nu pot dormi cu lumina aprinsă.

126. Auzul. La 1—2 zile după naștere, majoritatea copiilor prezintă anumite reacții la zgomote (de exemplu: trîntitul unei uși); clipesc, tresar la zgomote tari, sau încetează din plîns cînd un adult vorbește cu ei.

Scanned with OKEN Scanner

Sensibilitatea acestui simț variază foarte mult de la un copil la altul. Dacă unii tresar și chiar nu pot dormi în zgomot, alții par că nu aud nimic săptămîni și chiar luni de zile.

127. Gustul este bine dezvoltat la nou-născut. El poate deosebi substanțele cu gust plăcut (dulce) sau neplăcut (acru, amar, sărat). Substanțele cu gust neplăcut declanșează salivație abundentă, cele cu gust plăcut declanșează reflexele de supt și de deglutiție.

128. Mirosul este prezent încă din momentul nașterii. Unii nou-născuți întorc capul spre sînul mamei, după mirosul laptelui, înainte de a fi atins sînul. Unii copii refuză sînul mamei atunci cînd aceasta folosește pentru toaletă săpunuri prea parfumate sau apă de colonie.

129. Simțul tactului, al durerii și al temperaturii sînt prezente la nou-născut și se dezvoltă repede după naștere, ajungînd la perfecțiune în cursul primului an de viață, alături de simțul văzului. Excitanții dureroși declanșează țipătul copilului și mișcări ale întregului corp sau ale segmentului respectiv. Căldura (de exemplu, baia caldă) îi este plăcută; scutecul ud produce neliniște, plîns. Un aliment servit cu brutalitate sau la o temperatură necorespunzătoare (prea cald sau prea rece) îl face pe copil să refuze cîtva timp orice alt aliment.

130. Nou-născutul își poate controla acțiunile? La început copilul nu poate efectua nici o acțiune voluntară. Mișcările corpului sînt dezordonate, întîmplătoare, fără ca nou-născutul să le poată influența.

Actele de eliminare a urinii (micțiunile) și a materiilor fecale (defecația) se produc involuntar.

131. Plînsul este o reacție automată de neconfort. Copilul dispune deci, pentru moment, numai de un șir de procese motorii declanșate în mod reflex.

132. Cîteva reflexe la nou-născut. Acțiunea de a căuta cu gura mamelonul mamei este un act reflex. El se declanșează automat la atingerea buzelor sau obrazului copilului (reflexul de supt).

a) *Reflexul suptului* este bine dezvoltat la nou-născutul la termen și poate fi declanșat prin atingerea buzelor copilului. Atingerea obrazului determină o mișcare de rotație a capului și mișcări de supt.

b) *Reflexul de spaimă*. La auzul unui zgomot puternic, nou-născutul își mișcă întregul corp într-un anumit fel: întîi îndepărtează brațele de trunchi, cu degetele răsfirate, apoi readuce brațele în față și-și apropie („flectează") membrele inferioare de corp. Uneori copilul plînge.

Alimentația nou-născutului

133. Scopul alimentației este de a furniza corpului substanțele necesare:

— pentru a asigura menținerea unei temperaturi constante și funcționarea normală a tuturor celulelor;

— pentru a înlocui substanțele care au fost utilizate;

— pentru a permite creșterea.

Hrana copilului conține proteine, grăsimi, hidrați de carbon, săruri minerale, apă și vitamine. Albuminele furnizează materialele necesare construcției celulare. Hidrații de carbon și grăsimile aduc căldură și forță. Apa este importantă deoarece

Scanned with OKEN Scanner

intră în compoziția tuturor celulelor organismului. Sărurile minerale și vitaminele sînt substanțe indispensabile unei bune funcționări a organelor, așa cum este uleiul pentru o mașină. Ar trebui ca fiecare mamă să se întrebe dacă toate substanțele citate sînt reprezentate în hrana copilului. Numai așa ar fi posibil să nu mai întîlnim inițiative ale mamelor, care mai de care mai bizare, de a scoate unul sau altul din alimentele indispensabile bunei dezvoltări a sugarului.

Puiul de om este cel mai dificil mamifer în ceea ce privește alimentația (calitate, modul cum și-o procură cu propriile resurse). El prezintă cel mai scăzut coeficient de utilizare al componentelor din hrană. Cu alte cuvinte, creșterea lui este cea mai lentă, așa cum se vede din tabelul următor:

— omul își dublează greutatea de la naștere în 120 de zile
— calul își dublează greutatea de la naștere în 60 de zile
— vaca își dublează greutatea de la naștere în 47 de zile
— capra își dublează greutatea de la naștere în 22 de zile
— porcul își dublează greutatea de la naștere în 14 zile
— cîinele își dublează greutatea de la naștere în 9 zile
— iepurele de casă își dublează greutatea de la naștere în 6 zile

Rapiditatea creșterii este în funcție de conținutul în proteine al laptelui fiecărui animal.

Alimentația naturală

134. „Laptele și dragostea de mamă nu se înlocuiesc". Chiar în condițiile vieții moderne, acest vechi dicton își păstrează întreaga valabilitate.

În afară de unele cazuri bine motivate, este bine să se respecte legile naturii. Se știe că la oricare animal, dezvoltarea optimă este asigurată cu laptele propriei specii (vezi și punctele 667, 668).

Și la om, *laptele matern garantează o bună dezvoltare a copilului*. Este singura hrană care este adaptată nevoilor nou-născutului și sugarului. Este laptele care se digeră cel mai ușor, cu o solicitare minimă din partea organismului copilului. În același timp este singurul lapte crud care poate fi băut fără pericol, pentru că ajunge direct, curat și steril, din sînul mamei la copil. Copilul hrănit exclusiv la sîn nu va suferi de infecții intestinale de origine alimentară. Consumat crud, laptele își păstrează intact conținutul în vitamine și în săruri minerale. El transmite, se pare, o serie de substanțe protectoare (anticorpi, enzime) împotriva unor boli.

Scaunele copilului hrănit la sîn sînt mai puțin abundente decît ale copilului alimentat cu biberonul (substanțe reziduale în cantitate mică).

Alimentația la sîn prezintă și un alt avantaj, mai puțin cunoscut. Alăptarea la sîn permite o adaptare mai ușoară la cantitatea de lapte necesară fiecărui copil. Acesta poate suge cît simte nevoia. Se pare că din această cauză copiii hrăniți la sîn își sug degetul mai puțin decît cei alimentați artificial. S-ar părea că aici intervine și momentul de căldură și intimitate care se stabilește între mamă și copil prin actul alăptării.

Din punct de vedere practic, mama care alăptează economisește multe ore de lucru, de griji și cheltuieli. Într-adevăr, ea nu sterilizează biberoanele, nu calculează diluții, concentrații și adaosuri. Ea nu prepară și nu fierbe nimic, nu are grijă să-și

Scanned with OKEN Scanner

procure lapte praf sau să controleze temperatura biberonului înainte de a-l da copilului. Alăptarea constituie, aşadar, o mare economie de timp, de energie şi de bani.

Cea mai neiniţiată mamă învaţă în cîteva minute puţinele „reguli" ale alăptării, pe cînd pentru însuşirea tehnicii alimentaţiei artificiale, pe lîngă îndemînare, este necesară o întreagă „ştiinţă", mereu modificată de progresele actuale ale medicinei.

Psiho-moral, alăptarea creează o legătură mai trainică cu copilul. Mama care hrăneşte copilul la sînul său simte în străfundul fiinţei sale că-i dă ceva ce nu-i poate oferi nici o altă persoană şi acesta este un simţămînt unic pentru femeie. În noianul de griji, de incertitudini, de dureri, de speranţe şi de trăiri atît de intense şi de împărţite, alăptarea devine, pentru o mamă echilibrată, o adevărată plăcere, conferindu-i sentimentul şi satisfacţia deplină de a fi mamă.

Emoţiile şi grijile legate de fiecare supt, de-a lungul multor luni, vor pretinde, firesc, un mare sacrificiu din partea mamei; mama va fi obligată să renunţe la distracţii şi la o mare parte din libertatea de mişcare în afara familiei. Nu poate fi socotită o mamă bună, femeia care nu este gata să se sacrifice fără ezitare, de pe acum, pentru copilul său. Teama unei atingeri a frumuseţii corpului nu trebuie să fie niciodată un motiv de a renunţa la alăptare. Dacă sînii sînt susţinuţi tot timpul în sutien, se împiedică distensia exagerată a pielii sînului şi căderea acestora; volumul ţesutului glandular se va micşora din nou după ce se termină alăptarea; printr-un mecanism încă incomplet lămurit, uterul şi organele abdominale revin mai repede la volumul iniţial, la mamele care alăptează.

Din nenorocire, în ultimul timp, numărul mamelor care alăptează se micşorează în mod îngrijorător. Mai ales în lumea oraşelor, mamele „evoluate" consideră alăptarea ca pe o oboseală nefolositoare. Dacă nu şi-au alăptat copiii şi aceştia au progresat în greutate, ele se cred îndreptăţite să subaprecieze şi chiar să denigreze alimentaţia naturală. Ele nu ştiu că aproape toţi copiii care ajung în spitale pentru boli intercurente, şi mai ales pentru diaree, sînt alimentaţi artificial. Numărul de îmbolnăviri într-un teritoriu este determinat în cea mai mare măsură de felul alimentaţiei.

Multe mame motivează că nu au lapte. Este adevărat că în timpul instalării secreţiei lactate, pînă cînd copilul „învaţă" să sugă, pot surveni, în multe cazuri, tot felul de dificultăţi. Cu răbdare se depăşesc toate greutăţile inerente oricărui început. Încă înainte de naştere, mama este datoare să pornească cu ideea că este absolut necesar să-şi hrănească copilul la sîn. Chiar în cazurile în care sînt condiţii dificile pentru alăptare (copil prematur, mamă epuizată prin travaliu), nu trebuie să se uite acest obiectiv. De altfel, după încercările prin care au trecut, odată cu terminarea naşterii, mama şi copilul sînt lăsaţi în repaus. Copilul este pus pentru prima oară la sîn după 12 sau chiar după 24 de ore de la naştere.

Primul supt este de cele mai multe ori dureros pentru mamă. Mameloanele sînt foarte sensibile. În timp ce alăptează, mama simte puternice contracţii uterine, uneori foarte dureroase; aceste contracţii sînt binevenite, deoarece favorizează revenirea uterului la starea sa anterioară.

Pe de altă parte, copiii se manifestă diferit. Unii ştiu de la început să apuce mamelonul şi să execute corect şi viguros mişcările de supt, alţii îl strîng prea tare între maxilare şi-l rănesc, alţii nu deschid deloc gura, ci dorm şi se comportă ca şi cînd nu le-ar fi foame. Acestora din urmă li se va deschide gura apăsîndu-i pe bărbie sau li se va provoca un ţipăt, iar în momentul cînd gura este deschisă, li se introduce în gură mamelonul şi, pe cît posibil, areola mamară. Se va supraveghea totuşi ca limba

Scanned with OKEN Scanner

să nu fie lipită de bolta palatină („cerul gurii"), pentru ca mamelonul să nu fie din nou expulzat.

Așadar, în multe cazuri, răbdarea mamei este pusă la mari încercări în primele zile. O mamă cu voință și cu dragoste de copil, îndrumată corect de medic și de sora de la serviciul de nou-născuți, va învinge astfel de dificultăți.

Motivări ca: „nu am lapte" sau „copilul nu a vrut să sugă" sau, în sfîrșit, „mi-a pierit laptele" ascund, de cele mai multe ori, lipsa dorinței mamei de a alăpta. Nu există, practic, o lipsă totală a secreției lactate. Scăderea numărului de mame care alăptează a fost determinată îndeosebi de urmările negative ale civilizației moderne: dezlipirea de căminul strămoșesc; agitația; o „modernizare și emancipare" prost înțeleasă a unor tinere; lipsa de ajutor în perioada de lăuzie din partea bunicilor; *lipsa unei educații sanitare* (ar trebui să se înceapă din școală o „inițiere" a fetelor în meseria de „mamă"!); fumatul etc. etc.

Într-un studiu efectuat în sectorul III din București s-a constatat că marea majoritate a mamelor au întrerupt alăptarea cu mult înainte de epuizarea concediului legal de lăuzie. Înțărcarea s-a făcut în 80% din cazuri fără o motivare obiectivă, din comoditate, indolență, dorința de a participa la micile plăceri oferite de oraș (spectacole, vizite, excursii etc.), toate avînd la bază o lipsă totală de educație sanitară. „Inițierea" pentru înțărcare a început chiar din maternitate, unde alte mame, „cu experiență", le-au convins că sugarii „merg bine" și cu lapte de vacă sau cu lapte praf. Acasă, la prima afirmație a mamei că nu „are lapte", s-a introdus un preparat de lapte sau ceai, cu sau fără avizul medicului. Folosirea biberonului în primele săptămîni, cînd ccpilul nu are putere și nu „știe" să sugă, iar secreția lactată nu este complet instalată, duce în mod sigur la înțărcare precoce (copilul nu este pus regulat la sîn; nu mai vrea să „tragă" din sîn; o parte din lapte rămîne neevacuat).

135. Mama are lapte? Printre primele întrebări pe care și le pune orice tînără mamă înainte și imediat după naștere sînt: va avea lapte? se va pricepe să alăpteze?

De la început, orice mamă trebuie să știe că nu există nici o femeie care să fie lipsită complet de secreție lactată și, în al doilea rînd, că secreția lactată nu este în funcție de volumul și forma sînilor. Sînt sîni foarte mici care produc lapte din belșug, iar alții voluminoși, cu țesut grăsos abundent, care secretă cantități mici de lapte, și numai pentru scurt timp. Mai degrabă este vorba de o anumită predispoziție moștenită, în ce privește atît cantitatea, cît și calitatea laptelui.

Ceea ce este sigur și trebuie întipărit în mintea oricărei mame (și a întregii familii, care este datoare să ajute pe mamă în acest scop) este că, între alți mulți factori care influențează instalarea, creșterea și menținerea secreției lactate, doi sînt mai importanți:

— punerea regulată la sîn a copilului;
— starea sufletească a mamei.

Sînii femeii se compun din țesut glandular organizat sub formă de lobi, despărțiți între ei printr-un țesut grăsos de susținere. Fiecare lob glandular este constituit din numeroase elemente secretorii care poartă numele de acini. Celulele acinilor elaborează laptele, pornind de la componentele sîngelui circulant, și-l elimină în canalele de evacuare („excretoare") secundare. De aci, laptele este condus în canale mai mari, numite canalele galactofore, care ajung la mamelon separat pentru fiecare lob glandular. Celulele glandulare transformă în lapte substanțele nutritive aduse pe calea sîngelui.

Formarea laptelui este un proces complicat, care se desfășoară la nivelul glandei mamare, sub controlul unor substanțe secretate de nipofiză (fig. 23). Facem această

Scanned with OKEN Scanner

precizare pentru a înlătura simplismul cu care se „imaginează" procesul de formare a laptelui. Adesea lăuza este îndemnată la consumarea de clondire întregi de lapte de vacă, în dorința de a ajuta „venirea laptelui".

136. Colostrul. Apariția și creșterea secreției lactate sînt foarte variate. În primele 24 de ore după naștere nu se produc mai mult de 10—20 ml de lapte. La început apare *colostrul*, care este un lichid gălbui, vîscos, tulbure-seros. Colostrul conține, pe lîngă cazeină (proteina specifică a laptelui), o proporție mai mare — comparativ cu laptele—de serumalbumine și serumglobuline, cu valoare mare în nutriție și creștere. De asemenea, conține mai mulți anticorpi (substanțe cu rol în apărarea organismului) decît laptele definitiv. Începînd din ziua a patra—a cincea, cantitatea de colostru scade treptat, făcînd loc secreției de lapte. Cantitativ, secreția de lapte crește treptat, cu cîte 70—80 ml pe zi (vezi punctul 668).

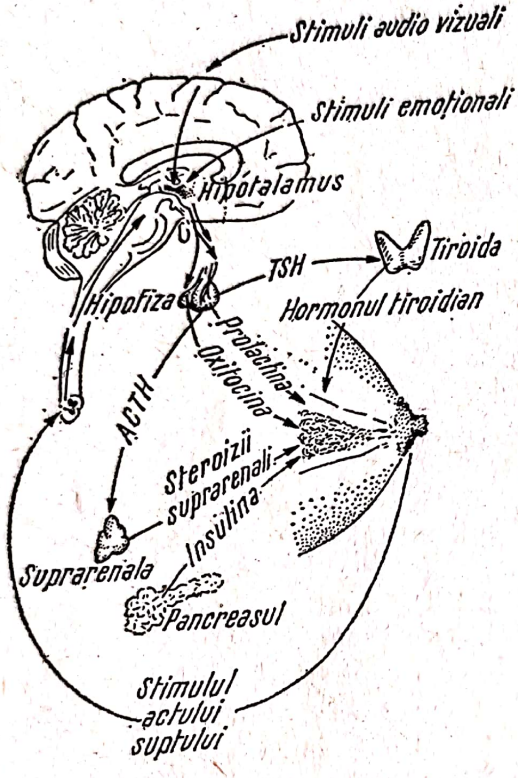


Fig. 23. Factorii care intervin în mecanismul secreției lactate (după Elert).

137. „Suirea laptelui". Este esențial de știut, de către orice mamă începătoare, că „suirea" sau „furia" laptelui poate surveni în unele cazuri mai tîrziu (în a 5-a, a 7-a și chiar a 11-a zi). În astfel de situații, mama se va strădui să nu dezarmeze și va pune în continuare în mod regulat copilul la sîn.

La ieșirea din maternitate, prin ridicarea lăuzei din pat; prin emoțiile și eforturile fizice ce le implică revenirea acasă, se poate observa o scădere temporară a secreției lactate. Asistenta de ocrotire este datoare să viziteze zilnic pe lăuză, să-i organizeze programul, s-o sfătuiască pe toate planurile. Limitarea eforturilor fizice, păstrarea repausului la pat, evitarea supărărilor și a exceselor de impresii, alimentația corectă și mai ales angajarea întregii familii în ajutorarea mamei sînt mijloacele cu care se poate corecta această scădere a secreției de lapte. De asemenea, este foarte important să nu se treacă la completări cu alte preparate de lapte și nici la folosirea biberonului pentru a se da completările de lapte sau de ceai. În astfel de situații, la indicația medicului și sub supravegherea asistentei de ocrotire, mama se va mărgini ca, după fiecare supt, să dea cu linguriță ceai îndulcit cu zahăr (o linguriță la 100 ml), pentru a se evita apariția „febrei de sete" (prin lipsă de apă) la copil.

Copilul va fi pus mai des la sîn, după un orar mai elastic, în perioadele cînd este treaz. Dacă acesta nu are putere sau „nu știe" să sugă se vor goli sînii prin muls corect, imediat după fiecare supt.

138. Alimentația mamei. Multe mame se întreabă ce regim alimentar trebuie să urmeze. Ceea ce s-a spus în capitolul referitor la nou-născut este valabil în continuare. Foarte rar se constată că un anumit aliment ingerat de mamă nu face bine copilului (de exemplu, ardeiul iute, piperul, ceapa, fasolea, lintea, mazărea, varza). La aceste alimente se poate renunța timp de cîteva luni.

Scanned with OKEN Scanner

O dată cu reluarea vieții de societate, unele mame consumă mai multă cafea. Cafeina trece în cantități foarte mici în lapte, așa că 1—2 cești de cafea nu dăunează copilului. Totuși, se urmărește sugarul și dacă apar agitație sau tulburări de somn se scade consumul sau se renunță complet la cafea. Cafeaua nu este indicată la mamele care au rămas obosite după naștere, epuizate nervos, cu stări de insomnie sau de nervozitate. Dacă mama are o sete excesivă sau i se pare că nu are lapte suficient, poate încerca să bea mai multe lichide.

Pentru combaterea hipocalcemiei (dinții se mișcă, apar carii dentare sau „dureri de șale") se recomandă ca, pe lîngă consumul de lapte zilnic, mama să ia — la indicația medicului — un preparat de calciu, vitamină D_2 și un preparat de fluor. Se continuă prevenirea anemiei prin alimente cu conținut mare în fier (ficat, carne, ou, fructe, zarzavaturi). Unii autori susțin că fierul ar influența negativ secreția lactată, așa că dacă mama nu prezintă o anemie marcată (scăderea hemoglobinei sub 10 g%, oboseală adîncă, paloare, inapetență, ruperea unghiilor) nu se va administra nici un preparat de fier pînă la înțărcarea copilului.

Dacă mama are tendința la îngrășare, va evita supele grase, berea, grăsimile animale, excesul de dulciuri și de făinoase.

139. Stimularea secreției lactate. Multe mame constată că o dată cu reluarea activității de toate zilele (gospodărie, obligații sociale) secreția lactată scade. Este necesară mai multă odihnă. Se va face tot posibilul ca să intre în obișnuință un somn după masa de prînz și nu se vor executa munci grele în gospodărie (spălatul rufelor pentru toată familia, curățenia generală, spoitul pereților, ridicare de greutăți etc.). Asemenea treburi se amînă sau, cel puțin, se fac într-un ritm lent, chiar dacă mama are impresia că și-a redobîndit energia necesară.

140. Suptul este un act reflex cu care copilul se naște. Reflexul de supt este un criteriu de bază în aprecierea stării de sănătate a nou-născutului. Un nou-născut la termen, cu greutate normală, dar care nu suge și nu înghite cînd este pus la sîn, este un copil care *poate* pune probleme în viitor și care probabil a avut o suferință (de cele mai multe ori la nivelul creierului) în timpul sarcinii și/sau nașterii.

Pentru ca nou-născutul să-și poată desfășura acest act reflex înnăscut este indicat ca totul să se desfășoare corect și plăcut (atît pentru mamă cît și pentru copil!). Pentru realizarea acestui deziderat socotim ca foarte importante următoarele elemente:

a) Ca orice lucru nou, tehnica alăptării trebuie „învățată" bine de către mamă.

b) Menținerea intactă a mameloanelor.

c) Poziția comodă a mamei și copilului în timpul alăptării.

d) Pregătirea mamei pentru alăptare să se facă înainte de a trezi copilul. Dacă, după ce este trezit, sugarul este nevoit să aștepte pînă se pregătește mama, el va fi nervos la sîn, nu va cuprinde bine mamelonul sau va suge fără vigoare și va adormi.

e) În timpul alăptării, mama nu va îndepărta niciodată copilul de la sîn, ca să facă față altor solicitări (răspunde la telefon, deschide o ușă etc.).

f) Alăptarea copilului se va face fără „asistență" și „consilieri", pentru a nu sustrage pe mamă, tulburînd astfel și pe copil. Conversațiile în timpul alăptării sînt interzise.

g) Ungerea sînilor cu corpuri grase sau aplicarea de substanțe dezinfectante sînt inutile și uneori periculoase. Soluția de acid boric, utilizată atîta vreme, s-a dovedit azi a fi, pe de o parte, iritantă pentru piele, ducînd la formarea de crăpături

Scanned with OKEN Scanner

(fisuri), iar pe de altă parte, otrăvitoare pentru sugar. Mirosul parfumurilor folosite de unele mame face pe unii copii să refuze sînul.

h) Pentru sugar este important ca la alăptare să fie:
— treaz,
— flămînd,
— uscat (schimbat),
— înfășat corect și comod (nu prea strîns, nu prea gros, dar nici prea ușor!),
— să aibă o poziție corectă la sîn.

i) prelungirea suptului peste 20 de minute o obosește pe mamă și duce la rănirea mameloanelor. Copilul își formează deprinderea de a adormi ori de cîte ori este pus la sîn; după ce trage cîteva minute din sîn adoarme; la încercarea de a-l pune în pat, se trezește, începe să țipe, iar dacă este repus la sîn trage de cîteva ori și adoarme din nou. Se creează astfel un cerc vicios care duce la micșorarea secreției laptelui, la subalimentarea copilului și la dereglarea programului supturilor.

j) orice rest de lapte se va extrage manual („se va mulge") după fiecare supt.

k) *Nu se va impune un orar rigid meselor.*

l) Dintre factorii de care depinde succesul alăptării mai amintim:
— dorința mamei de a alăpta;
— conștiinciozitatea, pregătirea profesională și energia asistentei de ocrotire;
— punerea regulată la sîn a copilului;
— armonia vieții de familie;
— vigoarea și „priceperea" nou-născutului la supt.

m) Între mese nu se va da copilului să bea mult ceai și nu va fi ținut în brațe

141. Cum se pune copilul la sîn. În timpul alăptării, lăuza trebuie să fie pe cît posibil singură, pentru a se asigura o atmosferă de calm pentru mamă și copil.

În primele zile, mama alăptează în pat, cu o pernă sau o pătură făcută rulou sub torace, astfel încît partea de sus a trunchiului să fie puțin ridicată. Mama va sta culcată pe o parte; copilul va fi așezat pe antebrațul părții din care i se va da sînul, cu fața spre mamă (fig. 24, 26). Cu cealaltă mînă, mama va oferi sînul copilului, ajutîndu-l să cuprindă cu gura mamelonul și o parte din areolă. Va susține sînul între degetul arătător și cel mijlociu; degetul arătător apasă ceva mai sus pe sîn, ceea ce face ca nasul copilului să fie liber pentru respirație. În același timp, compresiunea exercitată pe sîn ajută la evacuarea laptelui din canalele galactofore.

Mai tîrziu, cînd mama s-a restabilit, alăptarea se face în poziție șezîndă, pe un scaun comod, cu spătar. Copilul este ținut în brațe astfel încît capul să stea în unghiul format de braț și antebraț. Unele mame se așază picior peste picior; altele așază picioarele pe un scăunel.

Regula generală este de a oferi un singur sîn la o masă, pentru a fi complet golit. În primele zile și chiar mai tîrziu, dacă secreția de lapte nu este suficientă, copilul este pus la ambii sîni, începînd cu dreptul, iar data următoare, cu stîngul.

La început, orice nou-născut normal execută instinctiv mișcările de supt. Cu ajutorul mamei trebuie să „învețe să mănînce", înțelegînd prin aceasta: cuprinderea completă a mamelonului și a unei părți din areolă (vezi fig. 26); să tragă și să înghită continuu; să-și găsească singur o poziție corectă a capului, gurii și nasului (fig. 26); să nu înghită aer; să nu adoarmă la sîn; să „termine" repede cu fiecare masă și să adoarmă imediat după aceea. Ușor de spus, dar destul de greu de pus în practică la mulți dintre ei! Unii copii par să se fi născut cu foame, în timp ce alții au nevoie de cîteva zile pînă învață să sugă. Abilitatea variază mult: la unii sînt necesare săptămîni

Scanned with OKEN Scanner

de zile de răbdare pentru a-i face mai puțin recalcitranți și a-i obișnui să sugă regulat; alții sug cu poftă, repede și corect de la început. Fiecare copil are, de pe acum, particularitățile sale și mama recunoaște unele manifestări ale „personalității".

a) *În cît timp golește copilul un sîn?* În primele 5—10 minute copilul suge cantitatea cea mai mare. El golește sînul în 15, cel mult 20 de minute. După aceea, el suge

Fig. 24. — Alăptare în poziție culcată.

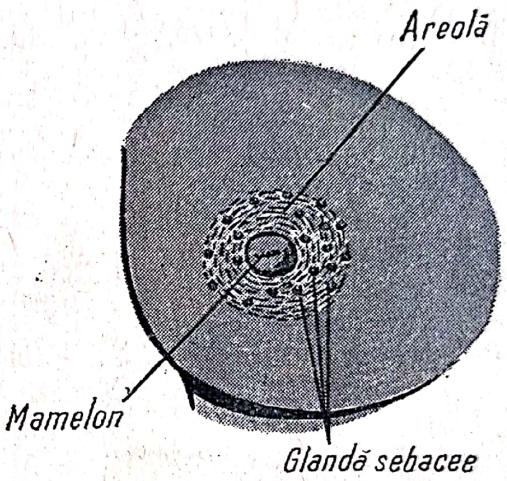


Fig. 25. — Conformația normală a sînului.

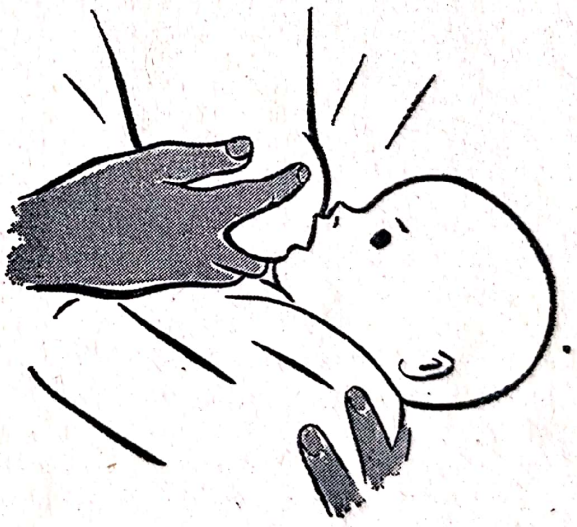


Fig. 26. — Mama oferă copilului sînul cuprins între degetele arătător și mijlociu, avînd grijă să nu împiedice respirația nazală a copilului.

numai pentru a-și satisface nevoia de „a suge" și nu pentru a primi mai mult lapte.

b) *Dacă copilul adoarme în timpul suptului*, înainte de a fi luat cantitatea necesară (după părerea mamei), mama va mișca ușor mamelonul în gura copilului sau îl va retrage puțin. Dacă nu se trezește, este bine ca sugarul să fie culcat.

c) *Ce se face dacă nou-născutul nu golește sînul pentru că se satură prea repede?* Dacă este un sugar viguros, care suge la 4 ore și se satură, mama va mulge restul de

lapte cu mîna. Dacă sînul nu este golit complet la fiecare supt, producția de lapte scade.

d) *Cînd copilul este prea debil pentru a goli sînul*, restul de lapte se mulge cu mîna sau cu pompa, într-un vas curat, smălțuit. Apoi se încălzește la temperatura corpului și se dă cu biberonul, cu linguriță sau chiar cu pipeta.

e) *Dacă mama crede că pentru a avea lapte* la masa următoare este bine să-i dea un biberon copilului, ea se înșeală. Cu timpul, lipsind stimulentul fiziologic (golirea regulată a glandelor), secreția lactată va diminua.

142. Folosirea laptelui muls. Dacă s-au luat toate prevederile de igienă și dacă laptele se administrează imediat copilului, se poate folosi și nefiert. În cazul cînd va fi utilizat mai tîrziu, laptele se păstrează la frigider și, pentru siguranță, va fi fiert înainte de folosire (vezi capitolul al IV-lea, punctul 351).

În funcție de „puterea" copilului, laptele se administrează cu pipeta, cu linguriță sau cu biberonul. În maternități, în cazurile în care nou-născuții prezintă deficiențe în ceea ce privește reflexul de înghițit, se dă prin gavaj (vezi punctul 685).

143. Orarul meselor. Foamea, la început, depinde de copil, de vîrsta sa și variază de la o zi la alta. În maternitate, după concepția medicului pediatru respectiv, copiii sănătoși sînt puși la sîn din 3 în 3 ore, sau numai la 4 ore. La noi în țară, ca și în alte țări, există în momentul de față contradicții între susținătorii orarului rigid și cei ai libertății totale în ceea ce privește numărul și intervalul dintre mese.

La noi, în cursul ultimilor 50 de ani s-a respectat, în general, orarul strict de alăptare, cu 7 mese în 24 de ore (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24;) și o pauză de noapte de 6 ore, mai rar cu 6 mese (6; 9,30;13; 16,30; 20; 23,30) și o pauză de noapte de 6 1/2 ore. În ultimii ani, unii pediatri susțin că să se administreze numai 5 supturi în 24 de ore, cu intervale de 3 1/2—4 ore și cu o pauză de noapte de 8 ore.

Rigiditatea orarului era altădată o dogmă. Iată ce spunea pediatrul german Degwitz în jurul anilor 1940: „Mamele nu trebuie să devină sclavele sugarului. Sugarul trebuie să învețe să se stăpînească. Cu ajutorul unui program rigid de îngrijire și alimentație, el este ajutat pe această linie. Rolul sugarului este pur pasiv. El nu mănîncă, ci este alimentat, el nu doarme, ci este culcat". Este bun acest sfat? Nu cumva în această alimentație forțată se găsesc rădăcinile inapetenței și reacțiilor de negativism ale multor copii? Cu un astfel de program rigid și nefiresc nu intrăm în conflict cu bunul simț și observațiile multor mame?

La învățămîntul medical de toate gradele și în practica pediatrică de toate zilele (pediatri și asistente de ocrotire), mulți au aplicat această concepție, încercînd să insufle mamelor teama de orare libere, găsind motivări psihologice*. Printre altele, se susținea că supturile la ore neregulate conduc, în mod sigur, la formarea de copii răsfățați. S-a mers pînă acolo încît s-a susținut că, în afara orelor de supt, copilul să nu fie luat în seamă, chiar dacă plînge tot timpul.

Majoritatea copiilor s-au acomodat foarte bine la aceste orare stricte.

Au existat și vor exista însă rebeli la orice reglementare: copii al căror stomac nu poate să conțină o rație care să ajungă pentru patru ore, copii care adorm în timpul suptului, copii nervoși sau care suferă de colici.

Pînă la instaurarea unui regim mai liberal, cu toate țipetele copilului, orice medic sau asistentă de ocrotire nu ar fi avut îndrăzneala de a da copilului să bea și nici să sfătuiască pe mamă să-l ia în brațe pentru cîteva minute în afara orelor de

* De subliniat că prof. A. D. Rusescu, contrar opiniei generale, conducîndu-se după lunga sa experiență, a fost tot timpul adeptul unui orar elastic în alimentația naturală, menținînd în primele săptămîni și suptul de noapte.

Scanned with OKEN Scanner

supt. Situația era și mai penibilă pentru mama conștiincioasă, disciplinată, care ascultînd de sfaturile medicale se chinuia, forțîndu-se să-și învingă dorința de a liniști copilul. Noroc că multe dintre ele, lăsîndu-se pradă instinctului matern și observînd caracteristicile propriului copil, încălcau acest program fără nici o autorizare.

În deceniul al 5-lea al acestui secol, în Statele Unite, treptat, această concepție rigidă a început să fie părăsită.

Iată ce scrie medicul american Benjamin Spock în celebra sa carte „The common sens book of baby and child": „Primele încercări au fost făcute de medicul Preston Mc Lendon în colaborare cu psihologul Frances P. Simsarian, ea însăși proaspătă mamă. Ei au vrut să știe ce fel de orariu ar adopta Simsarian-junior dacă ar fi hrănit la sîn de fiecare dată cînd îi este foame. În primele zile copilul s-a culcat la ore destul de neregulate. În momentul „suirii" laptelui (în a doua jumătate a primei săptămîni) s-a trezit încă foarte des, de aproximativ 10 ori pe zi. La două săptămîni el nu mai pretindea decît 6 — 7 supturi pe zi, la intervale neregulate. Spre vîrsta de 10 săptămîni a ajuns singur să ia un prînz la aproximativ patru ore. Această metodă a luat numele de „regim liber". Și de atunci, spre 1942, ea a fost din ce în ce mai larg adoptată, spre marea ușurare a copiilor și părinților.

a) Ce erori au apărut și prin „regimul liber" sau, cum se numește, „alimentație la cerere"? Citățm, dupd același Spock:

„Eu cred că expresia „regim liber" nu a fost totdeauna bine înțeleasă. Generațiile noi de părinți tineri au crezut că cel mai bun mijloc de a înlătura regulile rigide ale trecutului ar fi acela de a adopta cealaltă extremă: de a alimenta copilul la întîmplare, fixînd ca dogmă generală neregularitatea".

„Așa ceva merge minunat cînd copilul are un stomac „tare" și un caracter pașnic, cînd mama nu are treburi gospodărești și îi este perfect egal dacă este trezită la orice oră din noapte. Dar un copil plin de energie și de vitalitate este capabil să ceară un număr impresionant de supturi, timp de cîteva luni, lăsînd astfel prea puțin repaus mamei sale. Mai mult chiar, unii copii se trezesc de încă 1 — 2 ori în fiecare noapte, pînă spre sfîrșitul primului an".

„În timp ce unele mame urmează" regimul liber„ pînă la exces, altele se tem de el ca de ciumă. Nimeni nu trebuie să se mire auzind pe o mamă fălindu-se că a adoptat „regimul liber" sau pe alta indignîndu-se sau condamnînd cu vehemență pe vecina care nu folosește experiența sa. Important este să nu pierdem din vedere scopul principal, exagerînd într-un sens sau altul".

„*Scopul principal este nu de a deveni neapărat adeptul unui anumit regim, ci de a crește copilul cît mai bine*".

„În același timp, ocupîndu-se de copil, părinții trebuie să-și menajeze și propria sănătate. Aceasta înseamnă că trebuie să se ajungă la *un număr rezonabil de supturi*, la aproximativ aceleași ore, și să se suprime prînzurile de noapte de îndată ce este posibil. Fără asta, părinții nu pot face o treabă bună. Ceea ce convine părinților va conveni și copilului, și invers".

„Dacă mama preferă să hrănească copilul timp de mai multe luni după un orar neregulat, nu există nici o rațiune de a o împiedica. Aceasta nu va aduce nici un neajuns nici copilului și nici mamei sale, mai ales dacă ea detestă orarele fixe. Dar eu am convingerea fermă că o persoană disciplinată și foarte ocupată comite o mare greșeală dacă-și închipuie că va contribui la fericirea copilului făcînd abstracție de orice comoditate personală. Aceste atitudini extreme nu pot aduce, cu timpul, decît dificultăți".

Am reprodus acest lung text după Spock pentru că deruta și contradicțiile ce au domnit în S.U.A. acum 15 ani se profilează și la noi. La medici, asistente de ocrotire și mame a ajuns ecoul acestor dispute cu partizani extremiști pentru fiecare atitudine.

b) *Cum se stabilește un orar de alimentație*. La sosirea din maternitate, cei mai mulți dintre nou-născuți își anunță foamea din 3 în 3 ore și numai foarte puțini la 4 ore. *Copilul va fi alimentat la orele fixate de medicul serviciului de nou-născuți (deci după programul cu care este obișnuit). De subliniat că aproape toți copiii se trezesc*

Scanned with OKEN Scanner

la început și la ora 2 noaptea. După noi, cea mai bună atitudine ar fi de a nu trezi copilul la ora 2, ci de a aștepta să se vadă dacă el solicită această masă. În loc să se folosească ceaiul (biberon, încălzire etc.), mai comod și mai util este să se pună copilul la sîn. Cu timpul, copilul va suge tot mai rar la această oră și spre vîrsta de 3—4 săptămîni ajunge singur să nu se mai trezească noaptea, ci dimineața.

Nou-născutul sănătos își instalează rapid un ritm la 4 ore interval între mese, ziua, cu o pauză de noapte mai prelungită. În timpul zilei, pauza care se prelungește, la început, este între prima și a doua masă (mama are lapte din abundență; copilul a avut liniștea necesară pentru a dormi și a se odihni cum trebuie, în timpul nopții). Unele mame se plîng chiar că după masa de dimineață „copilul doarme dus și nu se mai scoală deloc". *Credem că atitudinea cea mai bună este ca, de la început, între masa întîi și a doua să fie lăsat copilul să doarmă cît vrea*. Vorbele „copilul crește și cu somn" conțin o realitate certă.

Invers, dacă sugarul se trezește mai devreme între aceste două mese, timp de mai multe zile, chiar dacă i se asigură condiții perfecte de liniște, înseamnă că rația de lapte este suficientă numai pentru intervalul respectiv; dacă intervalul este de 3 ore se va continua cu acest ritm mai multă vreme; dacă este sub 2 1/2 ore trebuie consultat medicul de copii.

Ritmul de 4 ore, impus obligatoriu după o opinie care și-a făcut adepți în ultimul timp la noi, nu poate fi util la copilul care este flămînd din 3 în 3 ore. În primele luni, copilul înregistrează foamea ca pe o senzație dezagreabilă, la care el reacționează automat prin plîns; dar el tace de îndată ce și-a potolit foamea. Aceste reacții nu au nimic comun cu răsfățul sau cu încăpățînarea. Cînd copilul crește va avea mai rar senzația de foame.

c) *Avantajul programului fix de alăptare* constă în faptul că oferă mamei un indicator practic pentru orele de alimentație. În plus, ea poate constata mai ușor dacă copilul plînge de foame sau din alte motive. Acest program ajută mama la împărțirea timpului, așa că ea își poate planifica alte treburi sau se poate odihni în timp ce copilul doarme.

d) *Dacă mama nu-și face o planificare a timpului, masa poate fi așteptată 5—10 minute*. Sugarul nu trebuie aprovizionat mecanic, ca o mașină. *O împărțire ordonată dar cu mici variații, a timpului, corespunde cel mai bine necesităților copilului*.

Mama trebuie să aibă în vedere atît comportarea copilului, cît și programul ei zilnic de activitate.

Sugestia noastră este de a avea ca obiectiv *să ajungeți să hrăniți copilul aproximativ la orele 6—10—14—18—22. La mulți copii, acest orar se stabilește spre vîrsta de 6 săptămîni*.

Pentru nou-născuții care nu dorm fără întrerupere, „stricînd" pauza de noapte de 8 ore, pînă la instalarea completă a secreției de lapte și mai ales pînă cînd curba greutății începe să crească ritmic, unii medici recomandă să se mai dea un supt intermediar (la orele 2 sau 3 noaptea); după aceea, în timpul nopții se va da ceai de anason sau de mușețel îndulcit cu glucoză (un pachet de 5 g la 100 ml ceai) sau zahăr (1 linguriță rasă la 100 ml); ceaiul prea dulce face pe copil să-l prefere în detrimentul laptelui.

144. Rația alimentară în prima lună. În medie:
— la sfîrșitul primei săptămîni de viață sugarul suge 200—400 ml/zi;
— la sfîrșitul celei de a doua săptămîni suge 400—550 ml/zi;
— la sfîrșitul săptămînii a treia suge 450—600 ml/zi;
— la sfîrșitul celei de a patra săptămîni suge 500—650 ml/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Cum se constată dacă un copil primește lapte suficient? Copilul sătul adoarme după masă și se trezește de-abia după 3—4 ore. Un alt semn, și mai sigur, este creșterea constantă în greutate a copilului.

145. Eructarea. După terminarea suptului, copilul va fi ținut ridicat și va fi „bătut" ușor pe spate. Poate fi ținut și în poziție șezîndă, pe picioarele mamei, sprijinindu-i capul și bătîndu-l pe spate. Unii sugari eructează ușor, alții numai după cîteva minute. Eructația poate fi ușurată dacă se înclină copilul puțin pe dreapta.

În cursul primelor 2—3 săptămîni este indicat ca nou-născutul să eructeze la fiecare masă, uneori chiar de două ori (o dată în timpul suptului și a doua oară după supt). Mai tîrziu depinde de copil dacă mai este sau nu nevoie de eructație.

Dacă sugarul nu eructează, aerul înghițit în timpul suptului poate produce distensia stomacului, provocînd vărsături sau colici.

146. Ce se face dacă mama nu are lapte suficient? Concluzia că nu are lapte suficient nu trebuie trasă numai de către mamă, în funcție de reacțiile copilului, survenite după mese (plîns, agitație, caută sînul, își suge degetele, se liniștește numai dacă i se mai dă „ceva" după supt etc.). Împreună cu asistenta de ocrotire și, în final, cu medicul pediatru de circumscripție, se va analiza dacă toate aceste reacții ale copilului sînt datorite foamei sau dacă sînt determinate de alte cauze. După noi, *criteriul major pentru aprecierea unei alimentații suficiente este curba ponderală, care trebuie să devină ascendentă din a 3-a săptămînă de viață. Agitația, colicile, numărul scaunelor, diferențele cantitative ale rației de lapte de la o zi la alta, stagnările în greutate în unele zile nu au nici o valoare dacă sugarul crește și arată bine.*

Dacă totuși se constată (obiectiv) că laptele de mamă nu este suficient, în nici un caz nu se procedează la înțărcarea copilului. Medicul va hotărî în ce privește preparatul de lapte cu care se completează alimentația. Completarea se poate face în prima lună cu preparatul românesc „Lacto" sau, în lipsă, la țară, cu lapte de vacă în concentrație de 1/2 (vezi „Alimentația artificială"). Este de dorit ca, pe cît posibil, să nu se folosească lapte de vacă, ci un preparat de lapte praf.

147. Cum se administrează completarea. Copilul este pus la fiecare supt la ambii sîni, pentru a-i goli. Cantitățile mai mici de completare se dau cu linguriță (de preferat din plastic, nu din metal), iar cantitățile mai mari cu biberonul.

Dacă se oferă întîi biberonul, copilul nu mai este suficient de flămînd pentru a goli sînul. Orificiile tetinei nu trebuie să fie prea mari, altfel sugarul va refuza să sugă la sîn, de unde laptele curge mai greu.

Ce cantitate se adaugă? Medicul pediatru este singurul care va fixa cantitățile. Pentru punerea în practică a indicațiilor medicului, este bine să se procure un cîntar. Copilul se cîntărește în decursul unei zile, înainte și după fiecare supt, și se completează cantitatea de lapte.

Se continuă în zilele următoare cu aceeași cantitate și se face bilanțul curbei ponderale după 7—10 zile.

Dificultăți de alăptare din partea mamei

În unele cazuri, alăptarea se izbește, din păcate, de o mulțime de *dificultăți din partea mamei.*

148. Instalarea secreției lactate, așa-numita „suire" sau „furie a laptelui", poate provoca o umflare dureroasă și dură a celor doi sîni. Cantitatea de lapte produsă

Scanned with OKEN Scanner

de glandele mamare este încă destul de redusă. Această stare poate dura mai multe zile la primipară (femeia care naște prima dată), uneori peste 8 zile. Sînii întăriți, încărcați, se vor susține cu un bandaj suspensor (vezi fig. 27). O compresă călduță cu alcool diluat (1/3 alcool 70° și 2/3 apă), aplicată cu o oră înainte de supt, aduce cîteodată o oarecare ușurare. Această suire a laptelui este un semn sigur că va fi lapte din abundență; măsurile ce se iau împotriva tensiunii exagerate a sînului se vor indica cu prudență și pentru scurt timp. La nevoie, mama poate *lua un calmant ușor*, pentru a dormi în timpul nopții.

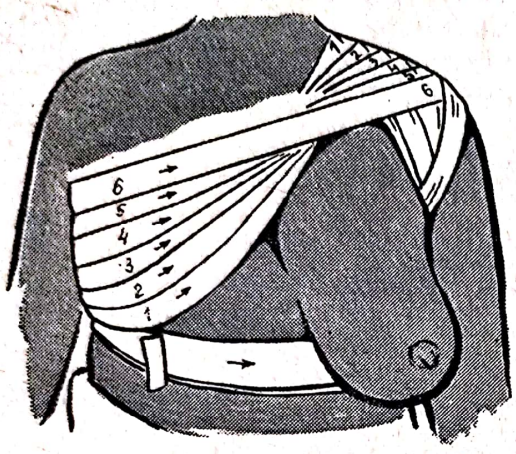


Fig. 27. Bandajul pentru susținerea sînului.

De cele mai multe ori, copilul începe din a doua zi să tragă viguros din sîni, să-i golească, ceea ce aduce destinderea lor, dispariția durerilor și creșterea secreției lactate.

Dacă sînii rămîn mici și moi și dacă laptele continuă să fie în cantitate mică, se va încerca să se stimuleze lactația printr-un supliment de alimentație (îndeosebi lichide îndulcite, sucuri de fructe proaspete — lămîi) și se va pune regulat și des copilul la ambii sîni. Fiecare picătură de lapte matern este de mare preț pentru copil, și perseverența în alăptare poate duce la succes chiar după 10—15 zile.

149. La primipare, laptele nu curge adesea decît încet și greu, chiar dacă nou-născutul suge bine. La punctul 148 am recomandat aplicarea de comprese. Iradierea sînilor cu lampă de raze infraroșii, timp de 2 minute, de mai multe ori pe zi, dă de asemenea, uneori, rezultate bune. Dacă nou-născutul suge slab și sînul nu este golit, se va evacua laptele manual sau cu pompa, după fiecare supt (vezi capitolul al IV-lea). Mama are datoria să se menajeze în mod deosebit, atît fizic cît și psihic. La femeile pe care sarcina le-a epuizat și care sînt foarte slăbite ca urmare a travaliului, secreția suficientă de lapte poate surveni de-abia după cîteva săptămîni, în timpul convalescenței.

150. O scădere trecătoare a secreției de lapte se poate observa la revenirea mamei din maternitate, consecutiv unui exces de impresii și de eforturi fizice. Mama devine mai nervoasă, copilul suge mai prost, nu mai crește în greutate. Este datoria întregii familii de a crea o atmosferă de optimism. Asistenta de ocrotire, plină de înțelegere, cu argumente logice, va ajuta pe mamă și întreaga familie să depășească acest moment mai dificil, dar de o deosebită importanță; în nici un caz nu se va trece dintr-o dată la completări cu un preparat de lapte oarecare.

151. Forma defectuoasă a mameloanelor (mameloane plate, turtite, sau chiar ombilicate — îngropat într-o cută), prin anomalii înnăscute, constituie adesea o piedică în alăptare, piedică peste care nu se poate trece. În astfel de cazuri, cu mult înainte de naștere se începe pregătirea mameloanelor, prin mișcări de masaj și de frămîntare, efectuate corect și perseverent (la început de către moașă și de către asistenta de ocrotire). Prin această pregătire se pot corecta defectele mai mici. În cel mai rău caz, mama va învăța corect tehnica pentru golirea sînilor (manual sau cu pompa).

Scanned with OKEN Scanner

a) De subliniat că la mamele cu o producție normală de lapte, la care *mamelonele „ombilicate"* (canalele excretoare ajung într-o gropiță a țesutului de susținere) fac alăptarea imposibilă, prin stagnarea laptelui și pătrunderea microbilor în canalele galactofore pot rezulta *inflamații* serioase ale întregii glande mamare.

b) În caz de *mameloane mici*, mai ales dacă este vorba de un copil neputincios sau capricios, se poate ajunge la eșec total. Copilul caută să apuce mamelonul, dar nu reușește nici să-l găsească și nici să-l prindă, se enervează, începe să plîngă și întoarce capul. În astfel de situații, la unele prînzuri, pînă cînd copilul devine mai viguros, se vor stoarce sînii (cu mîna sau cu o pompă). Datorită mișcărilor de masaj, dar mai ales aspirației puternice exercitată de pompă, mamelonul devine apt pentru alăptare. Copilul este pus la sîn imediat ce se trezește, înainte de a avea timp să se enerveze; dacă începe să plîngă încă de la prima tentativă, mama îl ține în brațe și va aștepta să se calmeze, înainte de a încerca din nou să-l pună la sîn. Mama va stoarce cu mîna cîteva picături de lapte, pentru a umezi partea pigmentată a mamelei, apoi va prinde și comprima areola între degetul mare și arătător, pentru a-i ușura pătrunderea în gura copilului,.

152. Iritațiile, crăpăturile, sîngerările mamelonului. La mamele care au pielea sensibilă și mucoasele delicate pot să apară crăpături și sîngerări care fac ca alăptarea să devină extrem de dureroasă. Astfel de răni apar atunci cînd copilul apucă și trage cu prea mare lăcomie sau cînd este ținut prea mult la sîn. Dacă mamelonul prezintă crăpături (fisuri) este bine să se suspende punerea la sînul de partea bolnavă, timp de 24—48 de ore (timp în care mama își va evacua sînul cu pompa de muls). Medicul va prescrie un medicament care trebuie aplicat pe mameloane. Un alt mijloc de vindecare este de a tampona (usca) mamelonul și de a-l ține neacoperit, în contact direct cu aerul, timp de un sfert de oră după fiecare supt. Nu se vor folosi cămăși și sutiene din material sintetic. Pentru a evita înfundarea canalelor sînului bolnav și pentru a-l stimula, este bine să fie golit (muls) de 2—3 ori în 24 de ore. Copilul va suge la fiecare masă din celălalt sîn. Dacă din cauza crăpăturilor care sîngerează sînul nu poate fi golit complet și rămîne sub tensiune, se vor aplica alternativ comprese reci cu mușețel și cu alcool diluat.

Dacă aspectul mamelonului se ameliorează, după 24—48 de ore de repaus copilul poate reîncepe să sugă, timp de 3 minute la fiecare masă. În cazul cînd mamelonul nu se mai infiltrează și nu mai apar dureri, se va crește progresiv durata suptului: 5 minute în prima zi, 10 minute în a doua și 15 minute în a treia zi. Dacă reapar durerile și crăpăturile, se suprimă suptul pentru ca sînul să fie pus din nou în repaus.

153. Umflarea sînilor. De obicei sînii se umflă și se întăresc cînd lobulii glandulari care conțin lapte se umplu prea mult. Aceasta nu deranjează totdeauna pe mamă, dar poate întări și turti areola în așa fel încît sugarul nu mai reușește să cuprindă mamelonul în gură, pentru a-l comprima cu eficacitate. Asistenta de ocrotire va arăta mamei cum să stoarcă laptele, pentru ca regiunea pigmentată să devină mai suplă și nou-născutul să poată să sugă fără greutate.

Astfel de tulburări (umflarea, întărirea sînului, durerea, uneori roșeață) apar de obicei spre sfîrșitul primei săptămîni.

Alteori, însă, împăstarea nu se limitează numai la areolă, ci cuprinde întreg sînul, care devine umflat, tare, mai cald și începe să se înroșească. După golire rămîn încă noduli de dimensiuni variate. Dacă nu se iau măsuri împotriva stagnării laptelui și persistenței nodulilor, se ajunge la inflamații redutabile (mastite). În astfel de situații

Scanned with OKEN Scanner

este mai bine ca, în loc de stoarcerea sînilor, să se folosească o pompă cu care să se evacueze laptele rămas după suptul copilului. Între supturi, sînii se vor susține bine cu un bandaj suspensor. Se vor face scurte aplicații (pentru a nu macera pielea prin umezeală) de comprese cu alcool diluat (1/3 alcool — 2/3 apă de robinet) sau, mai bine, de pungă cu gheață.

154. Inflamațiile sînului. Dacă laptele nu este evacuat, nodulii cresc, devin mari și foarte dureroși, cuprind zone întinse ale mamelei, care se înroșesc, iar ganglionii din axilă se măresc. S-a produs ceea ce poartă numele de *„mastită"*. Aceasta poate fi cauzată și de:

— mici leziuni ale pielii (crăpături, sîngerări, simple zgîrieturi, iritații produse de aplicații de unguente și de soluții necorespunzătoare);

— infecții luate din mediul înconjurător, mai ales de stafilococii, foarte frecvente în ultimul timp.

În cele mai multe cazuri, această inflamație a sînilor (mastita), care este o boală redutabilă prin durată, dureri și urmări (infectarea laptelui, înțărcare, tratament intens etc.), este provocată prin lipsa de curățenie:

— nu se șterge mamelonul după supt, pentru a îndepărta resturile de lapte;

— nu se spală mîinile;

— nu se fierbe lenjeria intimă a mamei;

— se folosesc comprese murdare la ștergerea sînilor etc.

Inflamația sînilor se datorește pătrunderii unor microbi în glanda mamară, prin canalele excretoare. Dacă multe femei, cu toate că nu dovedesc nici o prudență deosebită în cursul alăptării, nu fac această boală este pur și simplu consecința faptului că ele beneficiază de o apărare naturală excelentă împotriva infecțiilor. Dar cum nu este posibil să se știe dinainte dacă mama sa bucură de acest fericit dar al naturii, este bine să se pretindă tuturor femeilor cea mai riguroasă curățenie.

De obicei, afecțiunea începe prin apariția unei zone de roșeață și a unei dureri vii la nivelul unei mamele, iar la scurt timp după aceea apare febră. Formarea de puroi poate fi evitată printr-un tratament corespunzător, instituit fără întîrziere. Pînă la sosirea medicului se va întrerupe alăptarea la sînul bolnav, care va fi imobilizat în poziție ridicată, cu ajutorul unui bandaj corect făcut. Se poate pune o pungă cu gheață sau, în lipsă, comprese cu apă rece care se schimbă des. Dacă medicul întîrzie, se va evacua laptele cu multă grijă și blîndețe, cu ajutorul unei pompe. În lipsa pompei, asistenta de ocrotire va învăța pe mamă tehnica mulsului. Tratamentul medical (antibiotice etc.) va fi prescris numai de către medic, care va fi anunțat de urgență.

155. False dificultăți. Unele mame dau o interpretare greșită unor fenomene fiziologice. Dintre acestea amintim:

a) *Așa-zisa calitate necorespunzătoare a laptelui*. Destul de des apare motivarea că „laptele nu este bun". Culoarea mai deschisă a laptelui de femeie, vîscozitatea mai slabă și gustul diferit de acela al laptelui de vacă fac pe unele mame să declare că laptele lor nu este bun, este prea „apătos". În realitate nu există lapte „rău", care „nu face bine" copilului.

b) *Alteori, consistența moale, numărul mai mare sau culoarea verde a scaunelor copilului* alimentat natural constituie motivul care determină aprecierea că laptele matern „nu prieste" copilului. Aceasta o face pe mamă (din păcate adesea cu aviz medical) să mai adauge ceva (Eledon, apă de orez) în alimentație și adesea se ajunge la înțărcare. Trebuie să se știe că sugarul hrănit la sîn poate avea scaune foarte variate în ceea ce privește numărul (de la 0 la 7—8 pe zi!), culoarea și consistența. Repetăm,

Scanned with OKEN Scanner

criteriul major al aprecierii alimentației copilului este creșterea în greutate. Un copil înțărcat din cauza scaunelor moi va face cu siguranță, mai tîrziu, tulburări digestive importante.

c) *Hipergalactia* („am și-mi curge prea mult lapte") impresionează și neliniștește pe multe mame. Ea nu constituie însă un motiv de îngrijorare! Se lasă copilul să sugă pînă cînd se satură și apoi se golește sînul (cu pompa sau prin muls). Dacă sugarul suge prea mult și apar vărsături sau diaree se va extrage o parte din lapte înainte ca copilul să fie pus la sîn. Dacă laptele se scurge spontan din sîn se vor ține mameloanele învelite în vată sterilă, care se schimbă des. Sînii se vor spăla de mai multe ori pe zi cu apă rece, pentru a înlătura resturile de lapte care irită, macerează și predispune mameloanele la infecție.

156. Bolile mamei care impun înțărcarea precoce sînt: *tuberculoza evolutivă* (se izolează copilul imediat după naștere!), *febra puerperală*, *septicemia*, *hepatita epidemică*, *ciroza*, *hemoragiile grave*, *insuficiența cardiacă decompensată*, *difteria*, *febra tifoidă*, *scarlatina*, *bolile grave ale rinichilor*, *leucemia*, *cancerul*, *bolile psihice ale mamei*, *diabetul grav*, *anemiile grave*. Se interzice alăptarea la femeile la care apar tulburări *psihice* după naștere („psihoze postpartum") sau în cazurile în care mama este influențată negativ de alăptare (mama are insomnii, devine nervoasă, refuză mîncarea, slăbește).

a) *Sifilisul* nu constituie o piedică pentru alăptare, deoarece chiar atunci cînd copilul pare sănătos, el este infectat de către mama bolnavă. Chiar dacă analizele pentru depistarea sifilisului sînt pozitive numai la copil, mama va alăpta copilul, deoarece sifilisul a fost transmis copilului prin intermediul mamei, deja infectată.

b) Dacă mama se îmbolnăvește de *rujeolă* sau de *parotidită epidemică* ea poate alimenta sugarul în primele 3—4 luni de viață.

c) În cazul cînd mama este bolnavă de *„guturai"*, ea va continua să alăpteze, cu condiția de a purta mască (corect confecționată și ținută în așa fel încît să acopere atît nasul, cît și gura!) și va păstra o igienă riguroasă.

Dificultăți de alăptare, din partea copilului

157. Copiii prea slabi sau prematuri nu pot să sugă deoarece adorm după cîteva înghițituri și lasă sînul. În acest caz este necesar mulsul sau utilizarea unei pompe (vezi și capitolul despre prematur).

158. Copiii leneși la supt sînt adesea copii care au suferit la naștere; ei sînt foarte somnolenți. În timpul icterului fiziologic, o mare parte dintre nou-născuți sînt de asemenea mai somnolenți și se alimentează mai greu. De obicei, acești copii trag de cîteva ori din sîn, apoi se opresc și adorm. Alimentația lor necesită îndemînare și multă pricepere.

159. Copiii la care nașterea a fost prelungită, cei care s-au născut în stare de asfixie (vineți) sau nu au țipat după naștere (ca semn că au suferit prin traumatism obstetrical) refuză să sugă în primele zile, chiar dacă au greutatea normală. Dacă lezarea creierului nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de cîteva zile. După dispariția manifestărilor patologice, acești copii vor fi puși regulat ca sîn, mulgîndu-se apoi laptele rămas. Dacă în creier s-au produs leziuni mari, manifestate în primele zile prin convulsii (încremenire totală sau tresăriri ale mușchilor) și/sau cianoză (învinețire în jurul gurii sau învinețirea feței și a extremităților mîinilor și picioarelor),

Scanned with OKEN Scanner

copilul va fi pus la repaus total, evitîndu-se orice efort și orice manevrare brutală. Se va încerca alimentația cu lapte muls, dat cu pipeta, cu linguriță și apoi cu biberonul. La nevoie va fi alimentat prin gavaj.

160. Dacă nou-născutul a supt cîteva zile mai mult sau mai puțin bine, iar după aceea **refuză dintr-odată sînul** înseamnă că a intervenit ceva deosebit: îmbolnăvire sau o greșeală din partea mamei. Adesea este vorba de o obstrucție nazală, printr-un guturai de exemplu, sau de o infecție a gurii („muguet" sau „mărgăritărel"). De aceea, la venirea din maternitate, copiii vor fi protejați de variațiile prea mari de temperatură (camera supraîncălzită; camere care se deschid direct afară; diferențe prea mari între temperatura de noapte și cea din timpul zilei etc.), vor fi feriți de contactul cu persoane cu guturai și în general de orice contact direct cu persoanele adulte (nu se vor săruta copiii!). La copiii care au contractat un guturai se curăță bine căile nazale cu o compresă sterilă înmuiată în infuzie de mușețel sau în ser fiziologic. Nu se pun soluții dezinfectante în nas decît la indicația medicului.

161. Biberonul este dușmanul nr. 1 al sînului în primele săptămîni. Copiii care din primele zile sînt hrăniți, cînd la sîn, cînd la biberon, preferă biberonul. Sugarul, ca orice ființă umană, are tendința la comoditate; ori efortul depus pentru a trage din biberon este de șapte ori mai mic decît cel depus pentru supt! Cu timpul, cînd este pus la sîn copilul țipă sau, pur și simplu, refuză să sugă. Mamei nu-i rămîne decît soluția de a-și mulge laptele și a-l da copilului cu biberonul. Ca atare, nu se va folosi biberonul concomitent cu alimentația la sîn decît pentru un motiv major. Dacă este necesară asocierea unui preparat de lapte, acesta nu va fi mai dulce decît laptele de mamă.

162. Regurgitațiile și vărsăturile. Prin regurgitație se înțelege eliminarea pe gură de aer și de cantități mici de lapte nemodificat, la scurt timp după supt. Vărsăturile se deosebesc de regurgitații prin faptul că laptele este modificat (închegat sub formă de grunji mici) și proiectat la distanță, sînt mai abundente și survin la un interval mai mare după masă. Regurgitațiile sînt fără nici o semnificație patologică.

Vărsăturile pot fi manifestarea unei boli, dar și dovada unei greșeli în tehnica de alăptare: supraalimentație, manevre brutale de îngrijire după ce copilul este alăptat, graba sau nervozitatea mamei în timpul suptului, starea de tensiune nervoasă în familie. Alteori, vărsăturile survin la copiii care sug repede, înghit mult aer (aerofagie).

Dacă vărsăturile nu se însoțesc de alte tulburări generale, sînt rare, neregulate, cu cantități mici de lichid și nu se însoțesc de scădere importantă în greutate se continuă alăptarea. Împreună cu asistenta de ocrotire (care va asista la unul sau mai multe supturi!) se va urmări și se va corecta tehnica alăptării.

La apariția bruscă a unor vărsături mai numeroase se suspendă o masă de lapte și se înlocuiește cu ceai, pentru a pune în repaus tubul digestiv. Poțiunile antivomitive și sedative se vor administra numai la indicația medicului.

Să nu se uite că vărsăturile pot fi primul semn al unei îmbolnăviri acute grave: dispepsie gravă, insolație, șoc caloric prin supraîncălzirea camerei, intoxicație, meningită etc.

163. Diareea. Așa cum am amintit, mulți copii alimentați la sîn prezintă în primele săptămîni scaune dese, moi sau lichide, verzi, cîteodată explozive. Aceste scaune apar de obicei la fiecare masă. Secundar, pielea din jurul anusului și organelor genitale devine iritată, roșie, predispusă la infecții. Dacă sugarul crește și are o stare generală bună nu se va lua nici o măsură dietetică sau de tratament medicamentos.

Scanned with OKEN Scanner

Se va cerceta dacă nu este vorba de o supraalimentație prin supturi prea prelungite sau prea dese. Se va păstra o igienă riguroasă a pielii. Copilul va fi schimbat după supt, nu înainte de supt, cum se face de obicei. Aplicațiile locale de pudre sau creme se vor face cu discernămînt, la indicația medicului. Unguentele cu antibiotice sînt interzise.

Alimentația naturală este primejduită în caz de tulburări digestive (diaree), cînd prin dietele de tranziție (ceai, apă de orez, supă de morcovi) și realimentare cu unele preparate de lapte (Eledon) se întrerupe alăptarea. În astfel de situații, sub îndrumarea asistentei de ocrotire, se va evacua regulat laptele din sîni (prin muls), pentru a menține secreția lactată, și se va relua cît mai repede alimentația la sîn. Din păcate, dietele instituite uneori pentru diarei ușoare sau chiar false diarei sînt la originea multor înțărcări precoce.

164. Boala hemolitică a nou-născutului. Dacă nou-născutul este atins de o formă de boală hemolitică prin incompatibilitate Rh sau de grup, el poate fi alăptat de către mama sa, deoarece anticorpii trec în cantitate mică în lapte și sînt distruși de sucurile digestive.

165. Unele malformații ale gurii (ca gura de lup și buza de iepure) sau **encefalopatii grave** fac imposibilă alăptarea. Mama este obligată să-și extragă laptele și să-l dea copilului, după caz, cu pipeta, cu sonda, cu linguriță sau — mai tîrziu — cu biberonul.

165. Ca încheiere aș vrea să spun că orice copil își are felul său propriu de a primi și folosi sînul, că mama și copilul trebuie să „învețe" ca acest act de importanță deosebită să se desfășoare convenabil pentru amîndoi. Mama este datoare să observe reacțiile copilului și să știe că de echilibrul ei sufletesc depinde nu numai secreția lactată, ci și ușurința cu care vine laptele cînd copilul este pus la sîn. La unele mame, curge laptele din mameloane între supturi, iar atunci cînd copilul este pus la piept acesta plînge cu disperare și trage fără să golească laptele așteptat, deși mama are lapte suficient. Pe de altă parte, după cîteva săptămîni, unele mame observă că este suficient ca sugarul să plîngă de foame pentru ca laptele să se scurgă singur din sîn. Grijile și nervozitatea micșorează secreția lactată.

Unii copii adorm cînd constată că nu găsesc suficient lapte cînd sînt puși la sîn. Foamea îi trezește cînd sînt așezați în pat, mai puțin cald, mai puțin moale decît brațele mamei. Alții, mai înfometați, mai vioi, mai viguroși vor reacționa cu vehemență dacă nu găsesc lapte suficient; ei țipă, se zbat, își sucesc capul în toate părțile, încearcă din nou sînul, se enervează și reîncep să urle. *Dacă copilul adoarme sau se enervează după cîteva minute*, încercați să-l puneți la celălalt sîn, unde poate că laptele vine mai ușor.

În nici un caz copilul nu va fi menținut la sîn mai mult de 15 minute. *Menținerea prelungită a copilului la sîn îl învață să-și formeze un reflex de somn, la supt, și ori de cîte ori va fi pus să sugă va adormi imediat.*

Să nu uitați că este bine ca orice copil să ajungă, de la început sau cu timpul, să sugă la intervale de 3—4 ore. Nu veți ajunge niciodată la aceasta dacă-l veți ține în brațe mai mult de o jumătate de oră la fiecare masă. Acestea nu vor mai fi ore de supt, ci vor deveni ore de somn pentru copil. Pus în pat, el simte imediat, se trezește, începe să urle, îi înduioșează pe toți și trece altcineva la rînd să-l țină în brațe. Partida este pierdută, și pentru copil, care se va subnutri, și pentru familie, care-și va distruge tot programul, devenind sclavul acestui mic tiran; cu timpul, toată familia (adulți și copil) va ajunge la o stare de nervozitate greu de depășit.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel de copii este mai bine să fie lăsați să plîngă și numai la 1—1 1/2 oră după ce se liniștesc să fie puși la sîn.

Un copil enervat și obosit de plîns nu va suge niciodată cum trebuie.

Alăptarea decurge normal dacă mama este echilibrată și răbdătoare și dacă toată familia este conștientă că mama-lăuză are absolută nevoie de o atmosferă senină de familie și de ajutor material, pentru evitarea suprasolicitării fizice și psihice.

Alimentația artificială

(vezi și capitolul al IV-lea)

167. Prin **alimentație artificială** se înțelege hrănirea unui copil cu laptele altei specii (vacă, capră), la o vîrstă la care el ar trebui să primească exclusiv lapte de mamă. În ultimii ani, mai ales la orașe, majoritatea sugarilor sînt hrăniți artificial. În practică, la țară se folosește laptele de vacă proaspăt, iar la orașe se indică laptele praf.

Alimentația artificială cu lapte de vacă este încununată de succes cînd se aplică bine regulile de bază ale alimentației artificiale și se respectă în permanență o igienă riguroasă la prepararea laptelui.

168. Laptele de vacă. Laptele de vacă este primul aliment ce trebuie luat în considerație cînd este necesară înlocuirea laptelui de mamă.

Laptele de vacă este expus totdeauna la murdărire sau infectare înainte de a ajunge la copil. Uneori, chiar într-un lapte foarte proaspăt, se observă impurități vizibile cu ochiul liber. Un astfel de lapte trebuie strecurat printr-o pîlnie prevăzută cu un strat de vată sterilă. Oricît de îngrijit ar fi fost manipulat, laptele conține un mare număr de microbi. Acești microbi se introduc în lapte încă din timpul mulsului și se înmulțesc extraordinar de repede în orele care urmează. Este vorba, îndeosebi, de germenii fermentației laptelui, care fac să se acrească laptele atunci cînd sînt numeroși. Aceasta se întîmplă în special în timpul verii. Cu cît temperatura la care se păstrează laptele este mai ridicată și cu cît se întîrzie consumul, cu atît mai mare va fi numărul de germeni pe care îi va conține. De aceea, este foarte important să se păstreze laptele la rece, imediat după ce a fost muls, și să se consume cît mai repede posibil. La o temperatură sub 12°, germenii se multiplică foarte încet.

Alături de acești germeni, care nu sînt periculoși prin ei înșiși, în lapte pot să se găsească și o altă categorie de germeni, aceia care provoacă bolile. Cei mai frecvenți sînt microbii care provoacă diaree (tifo-paratifici, dizenterici), bacilul tuberculozei, bacilul bolii Bang etc. *Prin urmare, laptele de vacă nu va fi dat niciodată nefiert sugarului.*

Un lapte bun pentru copii trebuie să provină de la vaci sănătoase și ținute în curățenie. Este necesar ca persoana care mulge vaca să fie sănătoasă, să nu prezinte infecții ale pielii. Înainte de muls, mîinile se spală pînă la coate cu apă caldă, săpun și perie, după care se șterg cu un prosop curat. De asemenea se îmbracă un halat curat. Ugerul vacii se curăță bine cu apă și săpun, se limpezește și se tamponează cu o pînză curată, pentru a evita scurgerea lichidului de spălătură în lapte. Pentru recoltat se folosesc numai vase din metal inoxidabil sau emailate, cu capac. În gospodăriile individuale țărănești se pot folosi oalele de pămînt smălțuite. Vasele se păstrează în dulapuri închise, ferite de praf; înainte de folosire se opăresc. După întrebuințare se clătesc imediat cu un jet de apă rece, apoi se spală cu apă caldă și sodă sau detergenți, se clătesc bine și se pun la uscat cu gura în jos, în dulapuri speciale.

Scanned with OKEN Scanner

Imediat după ce este muls, laptele se răcește brusc (se pune vasul într-o căldare cu apă rece). Este de preferat laptele amestecat (provenit de la mai multe vaci), deoarece compoziția sa este mai constantă. Laptele va fi ridicat seara și dimineața, imediat după muls, și va fi folosit în mod obligatoriu în decurs de 12—24 de ore (laptele muls dimineața se folosește la mesele din timpul zilei, iar cel de seara la cele de după ora 19).

În țara noastră, laptele de vacă poate fi procurat sub forme diferite: lapte de vacă procurat direct de la producător, lapte procurat de la „Centrul de lapte", lapte praf degresat parțial tip „Lacto", lapte pentru sugari „Lactosan", lapte praf integral tip „Rarăul" sau „Mureșul" și, pentru cazurile speciale, un lapte dietetic din import, care se distribuie gratuit, prin farmacii, la indicația și cu rețeta eliberată de medicul pediatru de circumscripție din teritoriul unde domiciliază copilul.

169. Fierberea laptelui. Fie că laptele este pasteurizat (provenit de la „Centrele de lapte"), fie că este proaspăt, el se fierbe imediat după ce a fost procurat. Fierberea se face în vase emailate. Se va folosi totdeauna aceeași cratiță, având grijă de a o clăti cu apă rece înainte de a pune laptele, pentru ca acesta să nu se lipească de fundul cratiței. În timp ce fierbe, laptele se amestecă cu o linguriță, pentru ca să nu se formeze pojghiță la suprafață (laptele se „umflă"). Laptele trebuie fiert 10 minute. Se răcește apoi repede. Fierberea omoară microbii patogeni (producători de boli) și microbii fermentației lactice.

170. Păstrarea laptelui. Păstrarea laptelui în condițiile cele mai bune se face, firește, într-un frigider care funcționează bine. În lipsă, o pivniță rece este suficientă în anotimpul rece. În timpul verii, oala cu lapte se poate pune într-un vas mare plin cu apă rece, în care se lasă să se scurgă, cu un debit redus, dar continuu, apa unui robinet. Condiții bune de păstrare se pot obține printr-un frigider improvizat în felul următor: se iau 2 vase mari, de mărimi diferite, cel mai mic fiind pus în cel mai mare; spațiul care separă pereții este umplut cu un amestec de bucăți de gheață (la nevoie apă rece) și de talaș de lemn. Totul se pune într-o lădiță, iar spațiul cuprins între vasul mare și pereții lădiței se umple cu pleavă sau cu fîn. În vasul mic din mijloc se pune vasul care conține laptele sau biberoanele pline. Vasul mare se acoperă cu un capac de lemn sau cu un strat gros de ziare, iar lădița se închide.

Laptele poate fi utilizat în cel tîrziu 24 de ore de la fierbere; după depășirea acestui termen, el nu mai poate fi dat copilului.

De îndată ce conținutul unui biberon a ajuns să aibă temperatura camerei sau este încălzit pentru a fi gata de băut, microbii care s-au introdus odată cu lichidul de diluție pot să se înmulțească foarte repede. De aceea nu este prudent să se dea copilului un biberon consumat parțial, care a fost ținut mai multe ore în casă sau în căruciorul copilului.

Dacă sînteți obligată să țineți un biberon mai multe ore în afara frigiderului (cazul cînd un copil, din motive de forță majoră — boală, schimbarea domiciliului etc. —, este transportat la distanță), preparatul de lapte sau ceaiul se pun într-un termos curat; în lipsă, imediat ce se umple, biberonul se înfășoară cu 10 straturi de hîrtie de ziar, care este un foarte bun izolator.

Dacă nou-născutul adoarme lăsînd o jumătate de biberon, acesta se poate păstra în frigider pentru masa următoare, dar nu vreme prea îndelungată.

171. Ce este o diluție. Și la maternitate, dar mai ales în sfaturile asistentei de ocrotire veți auzi cuvîntul „diluție". Diluția este de fapt un amestec de lapte

Scanned with OKEN Scanner

de vacă (sau alt preparat de lapte) cu apă și cu zahăr. Apa și zahărul se adaugă la laptele de vacă în scopul de a-l apropia, pe cît posibil, de compoziția laptelui de mamă.

Obiectele necesare alimentației artificiale (vezi capitolul al IV-lea).

172. Cum se prepară diluția de lapte în prima lună? Se prepară întreaga cantitate pentru 24 de ore. Așa cum s-a spus mai înainte, laptele de vacă, chiar dacă se cumpără pasteurizat, se fierbe și se răcește imediat. Pentru a fi corespunzător vîrstei respective, el se diluează (1/2 lapte + 1/2 apă) și se îndulcește cu 5% zahăr; după vîrsta de 3 săptămîni se poate îmbogăți cu un produs făinos (orez, făină rumenită, cereale speciale pentru copii) în concentrație de 1—2%.

Practic, pentru a prepara 750 ml de aliment sînt necesare:

— 350 ml lapte
— 375 ml apă (considerînd că o parte se evaporă prin fierbere)
— 40 g zahăr (circa 8 linguriță rase)
— la indicația medicului, după 3 săptămîni se pot adăuga 10 g și apoi 20 g făină de orez (circa 3—4 linguriță cu vîrf).

Apa, zahărul și făina de orez se amestecă și se pun la fiert, avînd grijă să se amestece continuu. După răcire se trec prin sită și se amestecă cu lapte, fierbîndu-se din nou. În cazul că nu s-a folosit făină, nu se mai trece prin sită.

Despre biberon și utilizarea lui (vezi în capitolul al IV-lea, punctele 355—356).

173. Păstrarea alimentului preparat. Laptele se repartizează în porții, pe mese, în biberoane, se acoperă cu o pînză curată poroasă și se păstrează pînă la masa respectivă în frigider. Dacă nu aveți un frigider încăpător, preparatul de lapte se pune într-o sticlă curată de 1 litru (sticla se spală și se fierbe separat într-un vas mare), astupată cu un dop de plastic fiert în prealabil. La fiecare masă se toarnă cantitatea necesară într-unul din biberoanele sterilizate.

În timpul preparării alimentului și manipulării biberoanelor se va păstra o curățenie riguroasă. În prealabil, vă spălați bine pe mîini, folosiți numai obiecte sterilizate, nu atingeți gîtul biberoanelor, interiorul sitelor și pîlniei.

Utilizarea preparatelor de lapte praf (vezi capitolul al IV-lea).

În orașe se va folosi unul din preparatele de lapte praf care se găsesc în comerț (Eledon, „Lacto", „Rarăul", „Mureșul", „Humana", „Camelpo"). Alegerea va fi făcută de către medicul de circumscripție și va fi adaptată fiecărui copil în parte, în funcție de alimentația din maternitate, de greutate, toleranța digestivă și gustul copilului. Modul de preparare se învață de la asistenta de ocrotire și din cele scrise în capitolul al IV-lea.

174. Cantitatea de lapte necesară unui nou-născut a fost indicată la punctul 144. Ca și la sugarul alimentat natural, apetitul și nevoile variază de la o masă la alta, așa că mama nu trebuie să fie îngrijorată dacă rațiile acceptate de copil variază în cursul zilei.

Sînt puțini copiii care primesc aceeași cantitate la toate mesele.

De asemenea, foarte puțini copii se încadrează în ceea ce se numește „rația medie". Unul dintre inconvenientele alimentației artificiale este că mama poate controla cît bea copilul la fiecare masă și pe 24 de ore. Mulțe mame consideră că trebuie să forțeze copilul să consume toată rația pregătită. Tentativele mamei de a obliga copilul, prin orice mijloace, să primească „rația normală", și starea de nervi ce se creează consecutiv în familie, sînt la originea inapetenței multor copii.

Scanned with OKEN Scanner

Mama trebuie să admită că un copil cunoaște instinctiv nevoile sale, nu numai cantitative, dar și calitative, că bea atît cît îi convine. Dacă un copil adoarme liniștit după ce mănîncă și nu se trezește decît la 3—4 ore, iar curba greutății (controlată săptămînal, nu zilnic) este în progres (ascendentă), nu are nici o importanță dacă „rația prescrisă teoretic" este mult mai mare decît cea necesară copilului respectiv.

Dacă, însă — fie că primește rația corespunzătoare, fie că primește mai puțin —, nou-născutul plînge, este nemulțumit după mese și se trezește după 2—3 ore, sau dacă creșterea în greutate este insuficientă, este foarte probabil că alimentația pe care o primește este sub nevoile lui reale. Întrucît, însă, aceste semne pot avea și alte cauze decît alimentația insuficientă, se consultă medicul înainte de a mări rația copilului.

175. Utilizarea preparatelor acide de lapte. În prima lună, dintre preparatele acide se pot da cu mult succes Eledon-ul, Prodieton-ul și Camelpo. La copiii mai dificili se va începe cu Eledon, după care se poate trece foarte repede la „Prodieton" sau „Camelpo". În lipsa acestor preparate industriale, dacă copilul preferă un lapte acidulat, acesta va fi preparat după indicațiile medicului.

Personal, am obținut rezultate foarte bune cu preparatele de lapte praf simple, neacidificate, dar administrate în diluții corespunzătoare.

În ceea ce privește preparatul „babeurre", menționat în toate manualele noastre ca preparat dietetic cu indicații în perioada de nou-născut (sănătos sau prematur), apreciem că este foarte greu pentru o mamă să realizeze un preparat sigur în ceea ce privește degresarea și mai ales gradul de acidifiere. Chiar în spitale, cu surori dieteticiene cu multă experiență, prepararea babeurre-ului nu reușește totdeauna.

Încălzirea biberoanelor. Vezi capitolul al IV-lea în punctul 356).

Vitamine (vezi capitolul al VI-lea).

Scanned with OKEN Scanner

Sugarul (1 lună–12 luni)

Criterii de apreciere a stării de sănătate

176. Sugar sănătos. Eutrofie. Distrofie. Observarea sistematică a copilului permite să se aprecieze dacă dezvoltarea sa este normală și să se descopere la timp primejdiile ce-l amenință; aceste primejdii pot fi provocate:

— de cauze constituționale sau endogene (gr.* = *endon* = înăuntru și *genos* = origine), adică își au originea în interiorul organismului, fiind moștenite;

— de cauze *externe* sau *exogene* (gr. *exô* = în afară).

Noțiunea de sugar sănătos este legată de o serie întreagă de factori. Nu este de-ajuns să se controleze numai greutatea, așa cum în mod greșit s-a întipărit în mentalitatea unor părinți. Aspectul și reacțiile copilului joacă un rol primordial în evaluarea stării de sănătate. Un copil a cărui stare de nutriție este normală în raport cu vîrsta este un copil *eutrofic* (gr. *eu* = bine și *trophe* = hrană). În cazul unei nutriții deficitare se vorbește de distrofie (gr. *dys* = rău). În caz de slăbire a copilului pînă la o stare de distrofie avansată se vorbește de *atrofie*. Cele mai mici modificări ale stării de eutrofie merită cea mai mare atenție. Din aceste motive, asistentele de ocrotire și chiar părinții sînt datori să se obișnuiască să observe starea generală a copilului, dezbrăcîndu-l complet și controlînd cu atenție.

177. Fața unui sugar exprimă, mai mult decît la orice altă vîrstă, starea de sănătate. Culoarea obrajilor, vioiciunea mișcărilor, privirea, modul cum respiră sînt cîteva din elementele cu care se poate aprecia dintr-o privire starea copilului.

178. Creșterea în greutate a sugarului este, în medie de:

— 750 g pe lună în primele 4 luni (25 g/zi în medie);

— 500 g pe lună între 4 și 8 luni (15 g/zi în medie);

— 250 g pe lună între 8 și 12 luni (8 g/zi în medie).

Greutatea se dublează în cursul celei de a V-a luni (uneori și mai devreme) și se triplează la 12 luni. Astfel, un sugar născut cu 3 000 g cîntărește la aproximativ 5

* gr. = grecește.

Scanned with OKEN Scanner

luni 6 000 g și la 1 an 9 000—9 600 g. Mici variații de la aceste cifre normale sînt lipsite de importanță. Diferențe mai mari indică însă o deficiență în creștere. De aceea, copilul va fi prezentat în mod regulat la „zilele de puericultură" de la dispensarele de pediatrie, pentru controlul greutății.

Subliniem că cifrele de mai sus constituie medii care nu corespund decît la puțini sugari. De altfel am amintit (capitolul al II-lea) că în prima lună de viață progresul ponderal, la majoritatea copiilor, este de 500 g și nu de 750 g; în schimb, în luna a II-a și a III-a, acesta este de circa 900—1 000 g (30 g/zi).

Fig. 28. Sugar cu distrofie gravă.

Fiecare copil își are propria sa curbă ponderală. Nu se poate vorbi de „sugari medii". În fapt, nu există nici un „sugar mediu"! Termenul — folosit în unele cărți și de unii medici — are o semnificație pur convențională: „sugarul mediu" reprezintă media între copiii care cresc mult și repede, cei care cresc încet și cei care cresc moderat.

Medicul este singurul care poate aprecia dacă un sugar progresează normal în greutate. Un copil care nu crește în greutate nu este neapărat bolnav. Sînt copii care cresc încet și care par mulțumiți cu porția ce li se dă, neavînd aerul că ar fi înfometați. Dacă li se dă ceva mai mult, mănîncă cu plăcere și încep să crească mai mult. Altfel spus, este fals să se creadă că toți sugarii fără excepție „cer" să mănînce, dacă nu li se dă hrană suficientă.

Lipsa de poftă de mîncare și staționarea curbei ponderale provin uneori din lipsă de fier sau de vitamine.

Pe măsură ce copilul avansează în vîrstă, progresele greutății sînt din ce în ce mai mici. Dacă în primele 3 luni sugarul creștea cu 180—220 g pe săptămînă, la 6 luni crește cu 100—125 g pe săptămînă, pentru ca în ultimul trimestru al anului să progreseze numai cu 50—75 g/săptămînă.

Există mari fluctuații ale creșterii de la o săptămînă la alta și de la o zi la alta. Pentru aceste fluctuații se găsesc uneori explicații (erupția dentară, căldura excesivă a mediului înconjurător, îmbolnăviri intercurente), dar în alte cazuri este dificil să se descopere o cauză obiectivă.

Este important ca mama să nu acorde prea mare importanță fluctuațiilor săptămînale ale curbei ponderale. Dacă se constată că un copil perfect sănătos a crescut, de exemplu, într-o săptămînă numai cu 100 g în loc de 150—200 g, cît creștea de obicei, nu se poate trage concluzia pripită că este subalimentat sau bolnav.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă sugarul este vioi, pare mulțumit și are „carnea tare pe el" (adică „turgorul" și elasticitatea țesuturilor sînt normale) se mai așteaptă rezultatele cîntăririlor din următoarele două săptămîni. Numai curba generală a greutății are importanță.

Aspectul continuu ascendent, corespunzător grupei de vîrstă, pledează pentru o bună stare de sănătate. Curba ponderală discontinuu ascendentă, cu creșteri mari urmate de prăbușiri sau stagnări, se interpretează ca expresie a unei perturbări. Se pot incrimina cauzele următoare:

— greșeli de alimentație;

— utilizarea defectuoasă a hranei de către organismul copilului;

— defecte constituționale;

— îmbolnăviri.

În concluzie, fluctuațiile curbei ponderale nu se consideră patologice decît dacă se însoțesc de alte tulburări ale organismului.

Chiar dacă mama are cîntar, sugarul sănătos va fi cîntărit în primul trimestru la 1—2 săptămîni, iar după aceea o dată pe lună, mereu la aceeași oră. Dacă va fi cîntărit zilnic, mama își va face griji inutile. In momentul cînd copilul varsă sau are diaree, controlul greutății se face în fiecare dimineață.

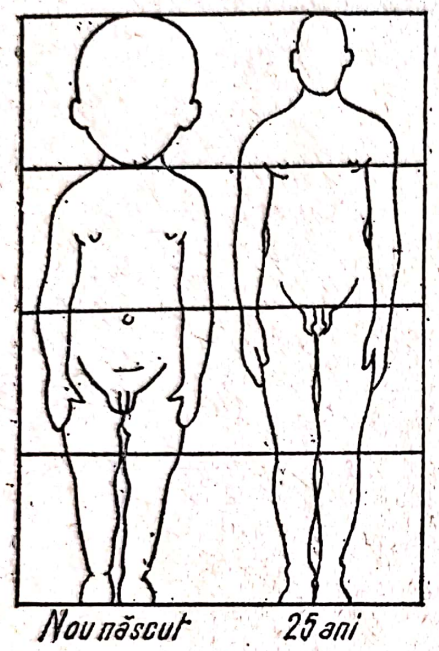


Fig. 29. Proporțiile dintre diferitele segmente corporale la nou-născut și adult.

Indicatorii pentru dezvoltarea corespunzătoare a sugarului sînt:

— creșterea corespunzătoare în greutate;

— buna dispoziție, vioiciunea;

— nevoia de mișcare;

— pofta de mîncare și digestia bună.

179. Creșterea în lungime. Sugarul crește în medie cu cîte 2 cm pe lună (în primele luni cu cîte 3 cm pe lună; iar spre sfîrșitul anului cu cîte 1 cm pe lună). Așadar, la sfîrșitul primului an măsoară 70—74 cm. Creșterea staturală este mai puțin influențată de factori externi (ca alimentația!). Numai îmbolnăvirile prelungite, grave, o pot opri temporar.

180. Creșterea diferitelor segmente ale corpului. Perimetre. Dimensiunile diferitelor segmente și proporțiile dintre ele sînt diferite la sugar față de copilul mare și adult (vezi fig. 29).

Măsurarea perimetrelor este de o importanță practică deosebit de mare, mai ales în primii ani de viață (vezi tabelul III, pag. 85.)

Perimetrul capului se măsoară deasupra sprîncenelor.

Perimetrul abdomenului se măsoară la nivelul ombilicului, iar cel al *toracelui* la nivelul mameloanelor.

La naștere, perimetrul abdomenului depășește pe cel al toracelui. Acest fapt se datorește dimensiunilor ficatului. Tot dimensiunile și așezarea acestui organ sub coastele inferioare determină forma particulară a toracelui la sugarul mic (forma de butoi).

La naștere, perimetrul craniului este cu 2 cm mai mare decît perimetrul toracelui. Ele se egalizează spre sfîrșitul primului an de viață.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL III

Talia, greutatea, perimetrul cranian și perimetrul toracic (după Vogt)

BĂIEȚI

Vîrsta		Talia cm ± 2	Greutatea kg ± 2	Perimetrul cranian	Perimetrul toracic
ani	luni				
0	0	51	3,4 ± 0,9	35	34
	1	54	4,1 ± 0,9	37	36
	2	58	5,0 ± 1,3	39	38
	3	61 ± 4	5,8 ± 1,3	41	39
	4	64	6,6 ± 1,6	(42)	(40,5)
	5	66	7,3 ± 1,6	(43)	(42)
1/2	6	68	7,8	44	43
	7	70	8,3	(45)	(44)
	8	71	8,8	(45,5)	(44,5)
	9	72 ± 5	9,2 ± 1,8	46	45
	10	73	9,6	(46,5)	(45,5)
	11	74	9,9	(47)	(46,5)
1	12	75	10,2	47	47
1 1/2	18	81	11,5	(48)	(49,5)
2	24	87	12,7	49	51

FETE

0	0	50	3,3 ± 0,8	34	33
	1	53	3,9 ± 0,9	36	35
	2	56	4,8 ± 1,2	38	37
	3	59 ± 4	5,6 ± 1,2	40	38
	4	62	6,4 ± 1,5	(41)	(41,9)
	5	64	7,0 ± 1,5	(42)	(41)
1/2	6	66	7,5	43	42
	7	68	8,0	(44)	(43)
	8	70	8,4	(44,5)	(43,5)
	9	71 ± 5	8,8 ± 1,8	45	44
	10	72	9,2	(45,5)	(45)
	11	73	9,5	(46)	(46)
1	12	74	9,8	(46)	47
1 1/2	18	80	11,1	(47)	(49)
2	24	86	12,3	48	50

Scanned with OKEN Scanner

Extremitățile, relativ scurte la naștere, cresc mai rapid după vîrsta de 6 luni, și anume, brațele mai mult decît membrele inferioare. Linia medie orizontală, la nou-născut, trece la nivelul ombilicului, în timp ce la adult trece pe la nivelul simfizei pubiene (fig. 29).

181. Mărimea fontanelelor. La sugar, calota craniană este alcătuită în parte din țesut osos, în parte din țesut ligamentos. Fontanela este spațiul încă neosificat, situat la zona de întîlnire a mai multor oase craniene (vezi fig. 18). Existența fontanelelor permite creșterea în volum a creierului. Fontanela mică se închide curînd după naștere, cea mare la 8—15 luni. Dimensiunile fontanelelor nu sînt constante, ele variind de la un sugar la altul. La prematuri sînt mai mari. Închiderea tardivă este un semn de carență de vitamina D. Consolidarea prea devreme a fontanelei mari nu constituie un motiv de îngrijorare în ce privește dezvoltarea intelectului copilului. Creierul și cutia craniană cresc în dimensiuni și după sudarea oaselor.

Unele mame fac totul pentru a nu atinge fontanela (numită popular și „moalele capului"), crezînd că ar reprezenta un pericol pentru creier. Ori, acesta, așa cum am spus mai sus, este adăpostit de o membrană a cărei rezistență este aproape egală cu a pînzei de cort. Sînt deci foarte puține șanse de a răni un copil în acest loc.

182. Pielea și stratul grăsos. a) *Culoarea* normală a pielii este roz; această culoare confirmă o bună irigație a capilarelor sanguine ale pielii. Paloarea pielii poate indica existența unei anemii; persistența culorii roșii a obrajilor ne poate înșela, paloarea lobulilor urechii este mai demonstrativă. Confirmarea diagnosticului de anemie se face în laborator, prin măsurarea hemoglobinei. O culoare cenușie sau albăstruie a pielii constituie un semn alarmant. Roșeața în regiunea șezutului (eritemul fesier) constituie un semn de îngrijire defectuoasă sau un semn că scaunele și urina sînt iritante. Eritemul (din gr. *erythêma* = roșeață) este adesea primul indiciu al începutului unei tulburări digestive. Roșeața la nivelul pliurilor inghinale și axilare și înapoia urechilor este manifestarea a ceea ce se cheamă intertrigo. Ea poate releva greșeli de îngrijire sau o piele deosebit de sensibilă. Pielea poate fi iritată, aspră, roșie sau/și cu cruste; acestea sînt semne caracteristice de eczemă. Pielea iritată, roșie, se infectează ușor. Orice iritație a pielii trebuie să atragă atenția, deoarece poate deveni o poartă de intrare pentru agenți infecțioși. Îngrijirea pielii constituie una din îndatoririle permanente ale mamei. La orice vizită la domiciliu, asistenta de ocrotire va controla în amănunt toate segmentele pielii sugarului, dînd îndrumările corespunzătoare.

b) *Turgorul*. Prin turgor se înțelege consistența ferm elastică pe care o are o cută de piele prinsă între două degete. La sugarul eutrofic, țesuturile de sub piele oferă la pipăit senzația plăcută de prospețime, de rezistență specială. Sugarul distrofic are țesuturile moi. Această schimbare a consistenței țesuturilor se remarcă îndeosebi pe fața internă a coapselor, a antebrațelor și în regiunea fesieră, și este un semn sigur că sugarul nu se află într-o stare normală de nutriție. Este necesar să se știe dacă această stare a apărut la un copil în mod brusc, în urma unei boli sau dacă este cronică. În unele cazuri, starea necorespunzătoare a turgorului țesuturilor poate trece neobservată, din cauza unui țesut grăsos abundent. Mamele consideră adesea pe copiii excesiv de grași și păstoși drept normali; dar cînd se ating țesuturile acestor copii se constată că ele nu sînt ferme, ci moi, de consistența unui aluat. Această modificare poate fi consecința administrării unei alimentații greșite pe o perioadă lungă de timp (făinoase în exces!). Examenul turgorului constituie unul dintre cri-

Scanned with OKEN Scanner

teriile cele mai importante pentru evaluarea dezvoltării sugarului; dispariția lui este un semn clinic important în boli acute sau cronice.

c) *Elasticitatea pielii*. La copilul eutrofic, o cută formată prin cuprinderea pielii între două degete se șterge imediat. După pierderi mari de apă, țesuturile pierd din elasticitate și pliul cutanat se menține mai mult sau mai puțin timp. Este un semn sigur al pierderilor grave de apă din organism (prin diaree, vărsături).

d) *Grosimea stratului de grăsime* din țesutul subcutanat se poate controla cel mai bine apucînd între două degete o cută din pielea abdominală. La sugar, stratul de grăsime are în mod normal circa 1 1/2 cm grosime. La sugarii cu stare de nutriție necorespunzătoare, țesutul gras de sub piele scade pînă la dispariție (distrofie avansată). De îndată ce copilul începe să păşească se înregistrează o scădere a stratului adipos. Pentru a putea ști dacă un copil slab este sănătos, se va cerceta turgorul și tonusul său muscular. Excesul de grăsime poate fi datorat unei alimentații greșite sau unei tulburări hormonale. O tendință constituțională la acumularea excesivă de grăsime se întîlnește și la copii (obezitate).

183. Tonusul muscular. În stare normală, mușchii nu se relaxează complet, ci prezintă o ușoară stare de tensiune, numită tonus. Încercarea de a imprima diferitelor segmente ale corpului mișcări pasive întîmpină o ușoară rezistență din partea segmentului respectiv. Cînd ridicăm un sugar normal, apucîndu-l de sub umeri, el se încordează, pe cînd cel cu tonusul slab nu opune nici o rezistență, astfel încît umerii urcă pînă la înălțimea urechilor; este un semn sigur de tonus muscular slab sau de *hipotonie*. În caz de tonus prea crescut se produce o contractură a mușchilor, mișcările pe care le imprimăm unor segmente întîmpină o puternică rezistență. Se vorbește în acest caz de *hipertonie*. La nou-născut există, în mod normal, o ușoară hipertonie („hipertonie fiziologică"); ridicînd copilul de gambe, corpul suspendat nu se destinde complet, genunchii rămîn ușor îndoiți. Hipertonia ca și hipotonia pot fi expresia unei tulburări motorii de origine cerebrală, care impune consultarea unui medic specialist.

184. Temperatura. Măsurarea temperaturii corporale constituie un mijloc important de control al stării de sănătate, care aduce informații prețioase, dacă se face corect.

185. Scaunele. Aprecierea corectă a scaunelor reprezintă o sarcină importantă. În mod curent se observă sistematic numărul scaunelor în 24 de ore, mirosul, consistența și reacția lor (tabelul IV).

TABELUL IV

(după G. Vasiliu)

Normal	Copil alimentat la sîn	Copil alimentat artificial
Număr pe zi	1 – 6	2 – 3
Culoare	Galbene-aurii (eventual, puțin verzui din cauza oxidării pigmenților biliari la aer)	Cenușii-brune pînă la galben clar (substanțele colorate ale alimentelor apar neschimbate în scaun: carote, roșcove, sfeclă etc.)
Miros	Acrișor-aromatic	Fetid (fecaloid)
Consistență	Cremoasă	Păstoase
Reacție	Acidă	Alcalină (acidă în caz de alimentație cu preparate de lapte acidifiat)

Scanned with OKEN Scanner

Se impune o atenție cu totul particulară în a observa dacă scaunele conțin sînge, mucus, puroi, viermi intestinali (se păstrează scaunele pînă la venirea medicului). Scaunele lucioase și grăsoase, cu resturi de legume nedigerate sau cu amidon în mare parte intact, indică cel mai adesea o tulburare de utilizare.

În cursul primelor săptămîni de viață, scaunele copiilor alimentați la sîn prezintă mari variații în raport cu aspectul normal descris mai sus. Mulți copii prezintă scaune mai numeroase, cu grunji, uneori cu fragmente alburii și chiar cu mucozități. Din cînd în cînd sînt și lichide, de culoare verde, consecutiv proceselor oxidative. Aceste particularități nu trebuie să neliniștească decît dacă sugarul nu progresează în greutate sau dacă prezintă alte tulburări.

Abaterile de la aspectul normal al scaunelor sînt mult mai semnificative la sugarul alimentat artificial și trebuie privite totdeauna cu atenție.

186. Urina. Emisiunea de urină se face în mod reflex. Spre sfîrșitul primului an de viață se încearcă să se deprindă copilul să urineze în oliță.

Urina este de culoare galbenă și limpede. Se întîmplă ca sărurile minerale să precipite în contact cu aerul. Sărurile de acid uric sînt de culoare roșiatică (aspect de nisip cărămiziu al sedimentului urinar). Sărurile de fosfor pot conferi urinii un aspect lăptos. Încălzind urina, aceste săruri se redizolvă. Unele medicamente colorează urina: roșiatică (Piramidon); galbenă ca lămîia (Electovit, vitamina A, antipirina); albastră-verde (albastru de metilen); verde (bromoform). În unele îmbolnăviri, urina poate deveni: brună ca berea (hepatită epidemică); galbenă-brună (nefrite, stări febrile); incoloră ca apa (diabet zaharat, scleroză renală); tulbure (săruri minerale în exces, învechire, albumină etc.). Mirosul urinii proaspăt emise este foarte slab; după un timp devine amoniacal. Este indicat să se compare volumul urinii cu cantitatea lichidelor consumate. Dacă sugarul bea puțin, urina este concentrată și în cantitate mică. Dacă bea mult, urina este în cantitate mare și slab concentrată.

Cantitatea de urină eliminată de rinichi în 24 ore se numește *diureză*. Se vorbește de o diureză bună cînd circa 60% din lichidele băute de copil sînt excretate prin urină, și de o diureză slabă cînd cantitatea urinii, comparată cu aportul de lichide, este redusă (copiii ținuți la soare sau în camere supraîncălzite urinează mai puțin).

TABELUL V

Cantitatea de urină la copil (după Hertl)

Vîrsta	Cantități/24 ore	Cantitate/oră
pînă la 2 zile	30 — 60 ml	2 ml
3 — 10 zile	100 — 300 ml	8 ml
10 zile — 2 luni	250 — 450 ml	15 ml
2 — 12 luni	400 — 500 ml	18 ml
1 — 3 ani	500 — 600 ml	22 ml
3 — 5 ani	600 — 700 ml	27 ml
5 — 8 ani	650 — 1 000 ml	34 ml
8 — 14 ani	800 — 1 400 ml	46 ml
peste 14 ani	1 000 — 1 600 ml	50 ml

Emisiunile de urină poartă numele de *micțiuni*. Acestea sînt în mod normal în număr de 10—15/24 de ore, în primele săptămîni, și de 6—7/24 de ore la sugarul mai mare. Dacă în camera copilului este frig, acesta are micțiuni mai frecvente.

Scanned with OKEN Scanner

187. Rezistența la infecții. Sugarul sănătos are o rezistență mare față de infecțiile bacteriene. Sugarii alimentați natural se dovedesc cu cea mai bună rezistență la îmbolnăviri. În spitalele noastre, bolnavii cei mai numeroși se recrutează dintre sugarii alimentați artificial.

188. Tonusul psihic al sugarului sănătos se caracterizează prin liniște și stare de mulțumire: mănîncă cu poftă, apoi adoarme repede; doarme adînc și liniștit, pînă cînd foamea îl trezește pentru o nouă masă. Dacă în primele luni de viață sugarul rămîne mai mult timp treaz sau plînge, acesta este semnul unei stări de boală sau al unei îngrijiri defectuoase. Nu există sugar sănătos cu o permanentă indispoziție.

189. Nevoia de mișcare. Strîns legată de tonusul psihic al sugarului este nevoia de mișcare. Mișcările lui sînt particulare, puțin sacadate, făcute cu multă cheltuială de energie. Cu fiecare lună, pe măsura creșterii, aceste mișcări devin mai rapide și îndreptate spre un anumit scop. Diminuarea nevoii de mișcare, poziția imobilă în pat reprezintă semne sigure de boală.

190. Dezvoltarea inteligenței și a funcțiilor motorii. Criteriile enumerate mai sus permit *aprecierea momentană* a dezvoltării sugarului. Pentru a putea stabili dacă sugarul este, nu numai sănătos, dar și dezvoltat corespunzător vîrstei, se va expune pe larg ce trebuie să urmărească în fiecare lună asistentele de ocrotire și părinții, în manifestările sugarului.

Dezvoltarea psihică și activitatea sistemului nervos în primul an de viață

191. Generalități. La naștere, encefalul (creierul) este organul cel mai voluminos (prin raportare la talia copilului) și el crește permanent, în tot cursul copilăriei. La 12 luni, greutatea creierului se dublează, iar la sfîrșitul celui de-al 3-lea an se triplează.

Deși creierul este atît de voluminos, în esență el este foarte puțin dezvoltat. Creierul se maturizează și se diferențiază în tot cursul vieții, și cel mai mult în copilărie. La naștere nu sînt stabilite încă toate legăturile cu nervii periferici. Aceste legături sînt necesare, pe de o parte, pentru ca encefalul să poată primi informații despre toate fenomenele ce se desfășoară în organism, iar pe de altă parte, pentru ca pe calea altor nervi să poată emite ordinele corespunzătoare. Procesul de stabilire a legăturilor între creier și nervi se face în decurs de mai multe zile. Dezvoltarea filetelor nervoase care fac legătura între creier și periferie se produce treptat. Mai întîi apare mimica voluntară (zîmbet, rîs, bucurie, spaimă), apoi sugarul poate stăpîni mușchii cefei („își ține capul"), apoi mușchii brațelor și mîinilor. Pînă cînd reușește să capete controlul asupra mușchilor membrelor inferioare vor trebui să treacă luni de zile (mersul „sprijinit" este posibil în jurul vîrstei de un an).

Diferențierea encefalului, a măduvei și a fibrelor nervoase este premiza pentru evoluția psihosomatică a sugarului. Numai dacă aceste organe se dezvoltă corespunzător este posibilă evoluția normală a capacităților motorii (stat în șezut, sprijinit în picioare, mers) și psihice (vorbire etc.).

Pentru „cucerirea lumii înconjurătoare", ființa umană trebuie să aibă intacte, încă din momentul nașterii, sistemul nervos (central și periferic) și cele 5 simțuri

Scanned with OKEN Scanner

(văzul, auzul, mirosul, gustul și pipăitul). Cu ele este înzestrat copilul încă din perioada de nou-născut (vezi capitolul al II-lea).

Nou-născutul este neajutorat și depinde întru totul de mamă. Sistemul nervos și întregul organism se dezvoltă însă repede, de la o săptămînă la alta. Marile deosebiri dintre stadiul de dezvoltare a sistemului nervos la nou-născut și la adult dispar aproape în întregime în decursul primului an de viață. S-ar putea spune, cum a afirmat un cunoscut psiholog, că sugarul se naște cu un an prea devreme și trebuie să parcurgă o a doua perioadă de sarcină pentru a ajunge la stadiul de maturizare care să-i permită o existență independentă.

Maturizarea fizică nu este suficientă pentru a asigura dezvoltarea tuturor forțelor latente la copil. Este nevoie de stimuli din afară, care acționează ca o cheie și care deschid calea dezvoltării acestor forțe. De aceea vorbim despre stimuli-cheie. Pieptul, laptele de mamă nu îl hrănesc doar pe sugar, ci îl fac să se simtă bine, la adăpost, îi dă senzația de destindere. Alți stimuli sînt: pielea, căldura, ochii, mimica, vorba, gesturile mamei. Ar fi greșit să se creadă că toate acestea sînt indiferente sugarului, dat fiind că nu le poate înțelege, nu le percepe în mod conștient. Dimpotrivă, noile cercetări arată că prin aceste impresii senzoriale și afective se creează baza fondului psihic de mai tîrziu: încredere, fire veselă, deschisă sau închisă, morocănoasă.

192. Cerințele fundamentale ale sugarului. Observarea atentă a sugarului în primul an de viață a dus la constatarea existenței a patru forțe motrice elementare: cerința de hrană, de mișcare, de protecție și, în sfîrșit, cerința de cunoaștere a mediului înconjurător, care se intensifică de la o săptămînă la alta. Satisfacerea acestor cerințe duce la destindere și mulțumire, pe cînd nesatisfacerea lor are ca urmare o stare de tensiune permanentă, exteriorizată prin plîns, agitație etc. Pentru o dezvoltare psihică și afectivă sănătoasă, copilul ar trebui să se bucure în primul an de viață de satisfacerea deplină a cerințelor sale elementare. Pentru educație rămîne timp suficient în restul vieții.

Satisfacerea cerințelor de bază ale sugarului se impune hotărîtor. Din cerințele de hrană se dezvoltă mai tîrziu impulsul de agonisire în sensul cel mai larg al cuvîntului. La sugar acest impuls se rezumă la hrană. El trăiește într-o „lume a gurii", cum s-a exprimat un psiholog cunoscut. Impulsurile sănătoase de agonisire, de mai tîrziu, care nu au nimic comun cu acea „lume a gurii", se leagă însă de aceste prime experiențe. Un copil care în prima perioadă de viață a trebuit să îndure lipsuri poate avea reticențe în privința unor impulsuri pozitive de mai tîrziu. Poate să devină timorat, prea modest și să nu dovedească elanul și spiritul de inițiativă ale unui copil sănătos. Efecte asemănătoare în dezvoltarea de mai tîrziu se manifestă și în privința satisfacerii celorlalte cerințe elementare ale sugarului.

Experiențele sugarului, care prefigurează bazele vieții sale afective de mai tîrziu, depind, deci, de satisfacerea cerințelor sale elementare și de intensitatea senzațiilor de plăcere sau neplăcere pe care i le oferă. Sugarul care evoluează normal nu manifestă sentimente de neplăcere exagerate și se dezvoltă psihic în concordanță cu maturizarea fizică. Bineînțeles că acest proces de dezvoltare nu se desfășoară la toți sugarii în același mod.

193. Influența părinților asupra dezvoltării psihice a copilului. Părinții au un rol esențial în satisfacerea nevoilor și dezvoltarea aptitudinilor copilului. Este bine ca ei să pornească cu premiza de a orienta dezvoltarea acestuia spre a deveni om independent. Cu cît copilul este mai mic, cu atît este mai maleabil. Totuși, nu trebuie încercat prea devreme să se modeleze și să se educe copilul; în prima instanță se

Scanned with OKEN Scanner

urmărește susținerea creșterii și a dezvoltării sale psihomotorii. Se va face numai ce este necesar în acest sens.

În primul an de viață, mamei îi revine un rol hotărîtor. Fără mama care urmărește și îngrijește copilul, acesta s-ar afla în pericol de moarte. Fără ajutor din afară, puiul de om piere! Importanța mamei trece însă dincolo de îngrijiri și alimentație. De ea depinde dacă și cum se sesizează nevoile copilului. În aliniatul anterior s-a amintit despre observațiile psihologilor care subliniază că satisfacerea nevoilor copilului din cea mai fragedă copilărie are o influență covîrșitoare în dezvoltarea sa psihică, în formarea caracterului său.

Sugarul nu dispune de vorbire și de alte posibilități de exprimare directă. Mama se poate ghida numai după manifestările de plăcere sau neplăcere ale copilului. De aceea, ea trebuie să dispună de timp, de răbdare și să aibă simțurile și atenția treze pentru a recepționa manifestările nou-născutului și sugarului.

Toate regulile și planurile rigide s-au dovedit mai mult dăunătoare decît folositoare.

Pentru moment, nou-născutul doarme tot timpul, scoarța cerebrală fiind incomplet dezvoltată, în timp ce centrii subcorticali se află într-o activitate vie.

În scurtele perioade de veghe ale nou-născutului, mama este datoare să stimuleze toate simțurile copilului, ajutîndu-l astfel să cunoască cît mai repede și pe planuri cît mai variate lumea înconjurătoare.

În timpul îngrijirilor (schimbat, baie etc.) și alimentației, mama nu se va reține să-l îmbrățișeze, să-l mîngîie, să-l legene, să-i vorbească și să-i cînte. În primele luni el nu va înțelege sensul cuvintelor, dar le va sesiza tonalitatea caldă și se va bucura.

194. Primele acțiuni controlate de copil în mod voluntar sînt urmărirea unui obiect cu ochii și zîmbetul. Copilul începe să rîdă pentru prima dată la 4—5 săptămîni după naștere. Încă din primele trei săptămîni, copilul schițează anumite mișcări ale feței, dar acestea nu reprezintă un zîmbet adevărat, ci simple grimase.

Cînd sugarul este în stare să folosească mîinile în mod dirijat, simțul tactului (pipăitului) ia și el parte la cucerirea mediului înconjurător (vezi luna a IV-a, punctul 209).

195. Dezvoltarea motorie. Discutînd dezvoltarea somatică și dezvoltarea motorie trebuie subliniată legea: *funcționarea organului favorizează dezvoltarea, în timp ce nefolosirea o împiedică.*

În îngrijirea sugarului se va respecta deziderатul de a împiedica apariția de tulburări într-o perioadă de transformări maxime în organism. Astfel, toate pozițiile artificiale, forțate, ca: purtatul în brațe sau așezarea între perne cînd copilul nu este încă în stare să stea singur în șezut, determină deformări ale coloanei vertebrale.

Luna a II-a

196. Musculatura este în general slab dezvoltată în toată perioada, dar cu fiecare lună apar mișcări care dovedesc că, în permanență, are loc un proces de dezvoltare a tuturor grupelor musculare din organismul în creștere. S-a spus că „viața este mișcare", și, într-adevăr, mușchii se dezvoltă și se educă prin mișcare. Chiar din luna a II-a, sugarul va avea mai mult control asupra mușchilor săi. Mama constată că mimica

Scanned with OKEN Scanner

sugarului începe să fie expresivă, că el reacționează în funcție de excitanții externi și chiar de felul cum i se vorbește. Aceste progrese sînt posibile deoarece el capătă treptat controlul asupra mușchilor feței și mușchilor motori oculari comuni (cei care participă la mișcarea globilor oculari). Chiar dacă mîinile și picioarele nu au încă mișcări diferențiate, se constată că acestea au devenit mai viguroase.

197. În folosirea ochilor survin progrese evidente. Mișcările globilor oculari devin treptat mai ordonate; pupilele se adaptează la distanțe, iar privirea se poate concentra asupra unui punct. Este probabil că, acum, sugarul vede obiectele mai deslușit decît în prima lună. Privirea sa pare mai expresivă.

198. Auzul. Posibilitatea de a desluși și diferența zgomotele se dezvoltă. Copilul întoarce capul în direcția de unde vine zgomotul, ascultă sunetul unui clopot și este atent la vocile din jur. Răspunde diferit la diverse zgomote, ceea ce înseamnă că le poate deosebi.

199. Sugarul începe să scoată un început de **gungurit,** atunci cînd este ținut în brațe și i se vorbește, ceea ce constituie o dovadă că a început și un control al mușchilor limbii și laringelui.

200. Ținerea capului. Între 6 și 8 săptămîni, mușchii cefei sînt mai puternici, așa că în poziție de decubit ventral („culcat pe burtă") sugarul își poate ridica capul, pentru 1—2 secunde, la 5—8 cm deasupra planului patului.

Cînd însă copilul este ridicat în brațe, capul trebuie încă susținut. Vor mai trece cîteva săptămîni pînă cînd sugarul își va ține bine, singur, capul (la sfîrșitul primului trimestru).

Luna a III-a

În luna a III-a, deși viața copilului este dominată tot de somn și hrană, începe un stadiu al dezvoltării ce ar putea fi numit „săptămînile de aur ale vîrstei de sugar". În următoarele 3—4 luni, copilul va aduce tot mai multe „noutăți" în manifestările lui sufletești și motorii.

201. Perioada de veghe. Copilul nu mai doarme atît de mult, iar în perioadele de veghe plînge mai puțin decît înainte. Rămîne tot mai mult treaz, nu mai doarme imediat după masă. Din cînd în cînd se trezește fără a-i fi foame, deschide ochii mari și privește curios tot ce-l înconjoară; își ridică mîinile, le mișcă; scoate tot felul de sunete și „pălăvrăgește" gîngurind de unul singur. Se bucură de societatea mamei și-i comunică prin tot felul de manifestări că se simte bine. Are „programul" lui de joacă cu mîinile și picioarele, fără să se sinchisească de prezența mamei, și-și face cunoscute primele semne ale unei personalități în devenire. Este o fericire să-l privești în astfel de momente.

Noaptea nu se mai trezește de foame. Dimineața își anunță deșteptarea cu țipete zdravene. Aproape trei sferturi din zi rămîn pentru somn.

A III-a lună încheie o perioadă importantă din viață, primul trimestru, care altă dată era numit, în mod greșit, „trimestrul prostiei". Această denumire se trage din aprecierea funcțiilor nervoase superioare. În momentul de față, pediatrii și psihologii insistă asupra faptului că tocmai maturizarea funcțiilor de bază și primele

Scanned with OKEN Scanner

experiențe senzitive reprezintă un fundament deosebit de important pentru dezvoltarea integrală ulterioară.

Începînd cu această lună, mama este datoare să-și folosească tot timpul liber pentru a se juca, în fiecare zi, cîte puțin cu copilul. În planificarea zilei, oricît ar avea de mult de lucru, mama trebuie să-și păstreze o bucată de timp și pentru a se bucura de propriul său copil. Dragostea și atenția pe care i le dăruie acum vor fi răsplătite multiplicat mai tîrziu.

202. Își poate ține capul, dar este încă nesigur. Cînd stă culcat pe spate, îl mișcă spre dreapta și spre stînga. Cînd este luat în brațe, îl ține numai cîteva secunde, dar dacă este culcat pe abdomen el ridică capul pentru cîteva minute, fără a obosi.

203. Mușchii sînt mai puternici. Spatele, brațele și picioarele sînt mai puternice. Copilul pedalează cu multă plăcere. La înfășat, picioarele trebuie lăsate libere, deoarece pedalarea este necesară pentru dezvoltarea mușchilor. Cînd este culcat pe abdomen, se sprijină pe coate și privește în jur. Din poziția pe spate, se poate întoarce. Pericolul de a cădea de pe masa de înfășat este mare.

204. Controlul asupra mîinilor. În loc să țină mîna mereu cu pumnii aproape strînși, degetele stau mai puțin flectate sau chiar complet desfăcute. Dacă i se pune un obiect în mîna deschisă îl apucă și-l ține strîns cîteva minute, putînd în același timp să-l fixeze cu ochii. Deci începe să coordoneze simțul tactului cu văzul.

Își petrece mult timp privind și observîndu-și mîinile în mișcare.

205. Semne că-și stăpînește mai bine mușchii gurii și laringelui. În cursul celei de a III-a luni, copilul pierde reflexul de a respinge orice aliment mai consistent din gură. El poate reține astfel alimente mai solide (mere rase), deși mai are încă dificultăți în a le transporta spre baza limbii.

206. Ce poate înțelege copilul la această vîrstă? Nu înțelege sensul cuvintelor, dar începe să recunoască conținutul lor afectiv după tonul cu care le pronunță mama. El simte dacă mama este veselă, tristă sau supărată și dispoziția lui este influențată de cea a mamei.

207. Auzul și văzul. Înainte de a putea să apuce cu mîinile, el „cuprinde" lucrurile cu ochii. Este capabil să-și dirijeze mușchii care coordonează globii oculari și stăpînește cu privirile tot ce-i este accesibil (mîinile, propriul lui corp, chipul mamei, împrejurimile). Își poate *concentra* din ce mai mult privirea asupra unui obiect sau asupra unei persoane. Poate fixa un obiect ținut în mînă. Cîteodată își privește mama cîteva minute, neîntrerupt. Remarcă și recunoaște zgomotele legate de pregătirea și administrarea hranei. După înfățișarea feței (prin văz) și după voce (auz), își recunoaște adesea mama. Cînd îi aude vocea, își întoarce capul, în timp ce vocile persoanelor străine îl lasă indiferent. Cînd mama îi vorbește, fața i se schimbă, capătă o expresie mai inteligentă, privirea devine vioaie, zîmbește, radiază de bucurie, gîngurește, ca și cînd ar vrea să vorbească.

Luna a IV-a

208. Mușchii — noi progrese. Mușchii cefei și spatelui s-au fortificat, așa că-și poate ține capul mai bine și-l mișcă încoace și încolo, cînd este ținut în brațe. Culcat pe abdomen, își poate ridica bine capul și poate privi în jur. Sprijină o parte din greu-

Scanned with OKEN Scanner

tate pe antebrațe, mușchii spatelui ținînd restul greutății (fig. 30). Se întoarce de pe burtă pe spate. Fără a obosi, poate sta pe șezut, dacă este sprijinit ușor.

209. Cînd este stimulat începe să apuce cu mîinile. Se mișcă mult, mai ales cînd găsește un obiect în apropiere, pe care ar dori să-l aibă. Mișcările brațelor sînt încă puțin necoordonate; nu știe să apuce obiectele așezate mai la distanță. Dacă apucă

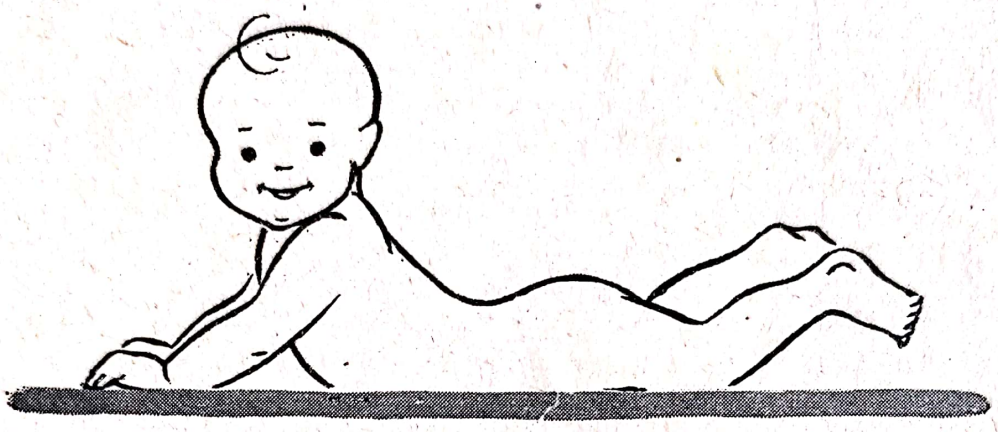


Fig. 30. La 4 luni sugarul se sprijină pe brațe și privește în jur.

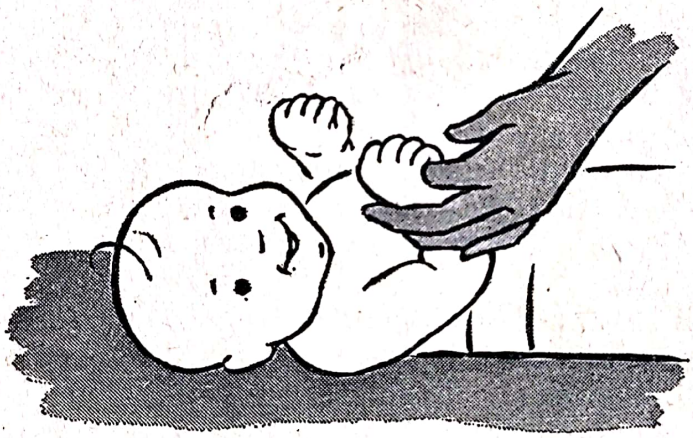


Fig. 31. Apucarea între celè 4 degete și podul palmei.

un obiect (sau i se dă în mînă) îl ține, strîngînd cu cele patru degete și podul palmei (fig. 31), fără a putea folosi policele. În *această lună se ocupă intens de mînuțe*: privește mult timp la mîini, mișcînd degetele.

210. Reacții noi. Va fi din ce în ce mai interesat de persoana mamei, pentru că participă din ce în ce mai activ la viața din jur. Reacționează mai rapid și mai dirijat la prezența mamei, o observă cu atenție, îi zîmbește și-i „vorbește" cînd o vede.

Urmărind cum i se pregătește masa, își manifestă bucuria sau nerăbdarea, deoarece știe din experiență ce înseamnă aceste pregătiri.

211. Ce se face dacă sugarul se dezvoltă mai încet decît normal. Dacă părinții își fac probleme de acest fel, se va consulta medicul.

Nu trebuie să se uite că fiecare sugar se dezvoltă diferit. La scurt timp după naștere, copilul devine o mică personalitate, diferită de toți ceilalți copii. Și toată viața va fi astfel. După cum am mai spus, copilul „mediu" (șablon) nu există în realitate.

Scanned with OKEN Scanner

Abaterile de la medie sînt, de fapt, regula, și nu excepția. Unii copii se dezvoltă mai rapid și alții mai încet. Prematurii și sugarii bolnăvicioși se dezvoltă mai încet. De asemenea, dezvoltarea este în funcție de factorul ereditar, precum și de modul cum știe familia să se ocupe de copil.

Părinții nu trebuie să devină nerăbdători, dacă sugarul nu a realizat una sau alta din treptele de dezvoltare expuse. I se va lăsa timpul necesar pentru evoluție. *Fiecare copil are propriile sale „performanțe" și „schema sa personală" de dezvoltare.*

Familia are datoria să-l ajute cu dragoste și cu răbdare, fără a tinde să obțină cu forța ceea ce consideră a fi normal. Cu numeroase încercări, unele eșecuri și mici succese, se ajunge să se înregistreze trepte noi de dezvoltare.

Unele performanțe ale copilului nici nu sînt sesizate de părinți, dacă nu li se atrage atenția; pentru un adult ele par atît de simple, încît le consideră de la sine înțelese. În realitate, pentru sugar este o reală performanță dacă reușește, după săptămîni de încercare, să întindă mîna și să apuce orice jucărie.

Descrierile din această carte nu se vor lua „ad literam" și nu se va încerca constrîngerea în acest tipar. Medicul pediatru care a urmărit copilul de la naștere este cel mai în măsură să se pronunțe în aceste probleme.

Luna a V-a

212. Se poate întoarce singur de pe o parte pe alta. La sfîrșitul lunii a V-a, copilul se poate întoarce din orice poziție. Posibilitatea de a se întoarce pe o parte îi dă multă libertate de mișcare și îi prilejuiește mare bucurie. *Atenție cînd este pe masa de înfășat* (vezi fig. 103, p. 218; vezi punctele 562 și 775).

213. Ce poate face cu mîinile. Reușește uneori să apuce ceea ce vede. Mișcările sînt mai finite, le are sub control. Uneori întinde ambele mîini, dar apucă cu o singură mînă. Cînd îi cade o jucărie, caută s-o prindă din nou. Apucă obiectele cu mîna deschisă, cu toate degetele; acest mod de a apuca nu constituie o metodă bună pentru ridicarea obiectelor, dar treptat copilul devine mai îndemînatic.

La masă, unii apucă biberonul (cu stîngăcie), ca și cînd ar vrea să ajute.

214. Sunetele emise sînt tot guturale, realizate fără a folosi mult limba sau buzele. Gîngurește și rîde cînd se bucură. Își poate manifesta și supărarea prin sunete.

215. Gura este un organ de cunoaștere. Sugarul simte nevoia de a vîrî toate obiectele în gură. Este o modalitate de a le cunoaște. Buza și limba sînt organe foarte bune „de pipăit". Mama va oferi numai obiecte pe care sugarul le poate băga în gură fără pericol. Sînt indicate: inele din plastic, jucării din cauciuc. Obiectele vor fi suficient de mari pentru a nu fi înghițite. Se vor spăla ori de cîte ori cad jos și nu se va permite celorlalți frați să se joace cu ele (pericol de infecție). Dacă nu i se dau jucării, sugarul va morfoli, foarte probabil, cămășuța, marginea patului etc.

216. Gimnastica sugarului, efectuată sistematic, devine necesară cu începere din luna a V-a. Orice sugar sănătos are un impuls natural de mișcare. Încă din luna a III-a, dacă i se lasă picioarele libere, el „pedalează" „cu convingere". Acestea, sînt, în definitiv, mișcări de gimnastică. Mama le poate dirija.

În general gimnastica realizează o bună circulație cutanată, o fortificare a musculaturii, o activare a metabolismului și călirea corpului. Această ocupație realizează, în plus, raporturi pozitive cu copilul, astfel încît, paralel cu dezvoltarea corpului, este stimulată și cea psihică.

Scanned with OKEN Scanner

Gimnastica se face înaintea uneia dintre mese sau înainte de baie.

Exercițiile se fac într-o încăpere bine încălzită, pe un plan suficient de mare. Copilul este dezbrăcat complet. Pentru pauze, mama va avea la îndemînă un pled mic de lînă.

La început gimnastica va dura 5 minute, apoi durata va crește, pînă la maximum 15 minute.

Exercițiile ilustrate în figurile 46—49, de la punctul 336, pot fi realizate de orice mamă, fără nici un risc.

Numai în cazul sugarilor cu rahitism și al celor debili sau cu dezvoltare deficitară este bine ca gimnastica să se efectueze sub supravegherea unui cadru calificat (o asistentă de ocrotire inițiată; sau o soră de la un serviciu de gimnastică medicală).

217. Poate sta în șezut? Sugarul nu se poate ține încă singur în șezut. Dacă este sprijinit bine și nu este lăsat pînă cînd obosește, nu-i strică dacă este ținut în această poziție timp de cîteva minute. La spatele copilului se poate pune o pătură făcută sul, pe care el să stea sprijinit în unghi obtuz.

Luna a VI-a

Cînd vor urmări dezvoltarea motorie și psihică a sugarului, părinții nu vor scăpa din vedere că aceasta depinde în mare măsură de creșterea greutății și lungimii și de îmbolnăvirile intercurente. Mai mult, după o boală, oricît de ușoară ar fi, survin nu numai staționări în evoluția neuropsihică a copilului, dar și regrese.

La sfîrșitul lunii a VI-a, copilul își însușește mai multe deprinderi. Întreg organismul este mai viguros și mai bine controlat.

218. Șederea în șezut. Cei mai mulți sugari stau bine în șezut în luna a VI-a. Sprijinit bine, pe un plan ferm perfect orizontal, copilul poate sta 10—30 minute fără a obosi. Dacă-i face plăcere, poate fi așezat zilnic timp de o jumătate de oră, sprijinit, într-un scaun de sugari.

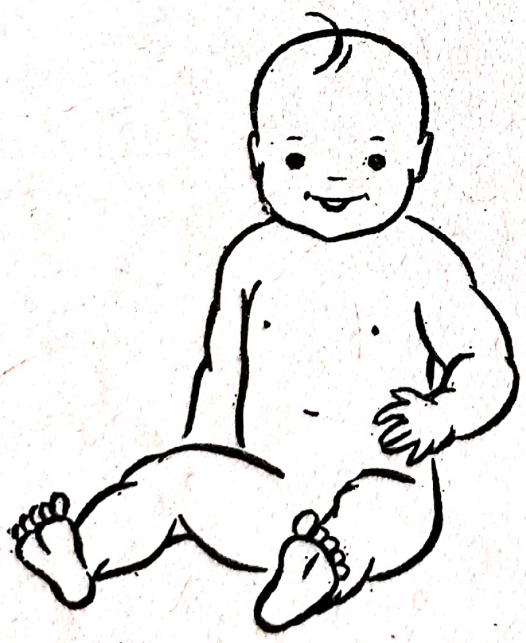


Fig. 32. Între 6 și 7 luni, cei mai mulți sugari pot sta în șezut nesprijiniți.

Copilul nu va sta mai de timpuriu și mai bine în șezut dacă va fi ridicat mai devreme sau mai frecvent. El se va susține bine numai cînd mușchii spatelui sînt suficient de bine dezvoltați și-i poate controla. În tot cazul, imediat ce cade sau dă semne de oboseală, va fi culcat. Atragem atenția că, la început, cînd copilul este așezat, coloana vertebrală ia o formă curbă cu convexitatea înapoi (unele mame au impresia că este, „frîntă"); poziția obișnuită la copilul mai mare se realizează numai pe măsură ce musculatura se dezvoltă mai bine.

219. Folosirea mîinilor. Copilul a devenit destul de îndemînatic în mișcarea mîinilor, de care se servește tot timpul. Întinde voluntar mîna după o jucărie (fig. 33), pe care o poate ține, destul de mult. Uneori nu se mulțumește s-o țină în mînă, ci se joacă cu

Scanned with OKEN Scanner

ea. Mișcă o jucărie care face zgomot sau bate cu un cub în masă. Dacă-i cade un obiect îl poate ridica. Poate trece jucăria dintr-o mînă în alta sau poate ține concomitent două obiecte, ceea ce-i face multă plăcere.

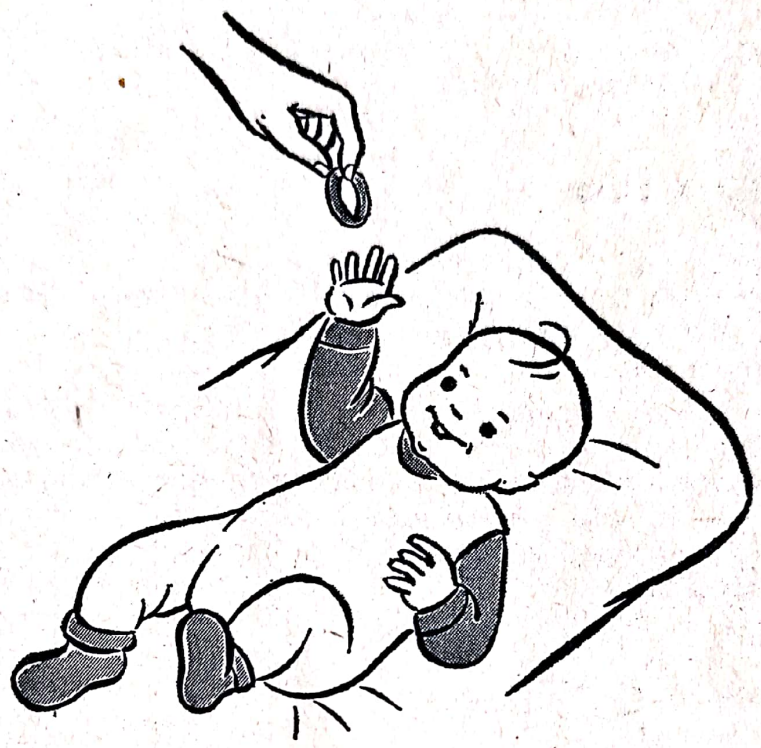


Fig. 33. Întinde mîna după o jucărie.

220. Se poate ridica în picioare? Nu! Uneori, cînd este ținut de mînă copilul se poate ridica în picioare. Aceasta nu înseamnă că va merge în curînd. Pînă cînd va sta în picioare și va merge, va mai trece încă mult timp. Întîi trebuie să învețe să stea în șezut (mult și sigur!) și să se obișnuiască să-și mențină trunchiul drept, înainte de a se încumeta să se ridice pe picioarele sale șubrede. Nu este cazul să fie încurajat să stea în picioare.

221. Reacții noi față de diferiți oameni. În curînd va ști să deosebească persoanele pe care le vede zilnic de persoane străine. Acest lucru se remarcă după faptul că devine mai liniștit și întrerupe jocul cînd apare un străin în apropiere, sau prezența acestuia îl deranjează și începe să plîngă. În această ultimă eventualitate, părinții nu trebuie să se îngrijoreze, căci o astfel de reacție este un semn de dezvoltare absolut normală: diferențierea anturajului reprezintă o etapă în evoluția sugarului. Mama sau altă persoană bine cunoscută va rămîne în apropierea lui; simțind prezența familiei, copilul se liniștește. Nu se va permite ca o persoană străină să-l ia în brațe, cînd copilul se teme. De reținut că sugarul uită repede: dacă nu-și vede bunica timp de trei săptămîni, ea îi va fi străină, chiar dacă înainte de aceasta au locuit împreună.

222. Favorizarea dezvoltării sugarului. Dezvoltarea, în ansamblu, depinde și este limitată de creșterea și calitatea sistemului nervos. La această vîrstă, ajutorul mamei nu constă în a învăța pe copii lucruri noi, ci în a-i crea cele mai bune condiții de mediu, de program.

Scanned with OKEN Scanner

În fiecare zi, sugarul trebuie să aibă prilejul să se miște în voie și să-și folosească mușchii, dacă îi face plăcere; în felul acesta va realiza noi performanțe de ordin fizic.

Părinții sînt datori să-și găsească prilejuri suficiente de a „vorbi" și a se juca cu copilul; este primul stimul social pentru dobîndirea interesului față de mediul înconjurător.

Copiii lăsați în pat tot timpul, fără să vorbească cineva cu ei, se dezvoltă mai greu, chiar dacă au o inteligență normală.

Luna a VII-a

Acum copilul arată mult mai matur, iar corpul său este în continuă mișcare. Stă singur în șezut și mișcă mînuțele în toate părțile. Multe dintre mișcări sînt încă neîndemînatice, dar sînt făcute, în general, cu un scop. Se joacă cu entuziasm și se supără dacă este deranjat.

S-a obișnuit să mănînce bine; ritmul zilnic se desfășoară, în general, regulat.

Cel mai important lucru pare să fie acum dobîndirea controlului asupra propriilor mișcări. Este uimitoare energia și bucuria pe care o manifestă în legătură cu cea mai mică activitate. Își exprimă această bucurie, nu numai prin mimică, ci și „vorbind" (gîngurind), scoțînd strigăte și chiote de bucurie.

223. Ce poate face? Sugarul s-a învățat să stea bine în șezut, deși își mai pierde uneori echilibrul în timpul jocului sau dacă este strigat și i se distrage atenția. Pe zi ce trece mînuțele lui devin mai îndemînatice și descoperă în cursul jocului noi posibilități. În timpul jocului, „vorbește" de zor. Evoluează în ceea ce privește alimentația și mestecă cu putere, acesta fiind un semn că poate primi și alimente consistente.

Fig. 34. La 7 luni stă mai mult în șezut și se joacă.

224. Mai trebuie sprijinit cînd stă în șezut? Copilul a învățat destul de bine să stea singur, dar preferă să fie sprijinit de la spate, dacă stă mai mult timp. Pentru 1 — 2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii, unde are un sprijin suficient pentru spate și brațe, putîndu-se concentra în întregime asupra mînuțelor.

225. Poate merge în patru labe? Unii copii știu să se tîrască la această vîrstă, dar majoritatea învață acest lucru numai în luna a VIII-a sau a IX-a. Copilul încearcă să se deplaseze întorcîndu-se de pe spate pe abdomen; cînd este culcat pe burtă, dă cu putere din picioare. În general, cînd învață să se tîrască, copilul se deplasează mai întîi înapoi; mai tîrziu va începe să se deplaseze înainte.

226. Ce sunete emite? Copilul începe să emită treptat sunete care seamănă cu unele cuvinte, dar care sînt numai silabe ca: ba, ma, va, da. Ele nu sînt încă core-

Scanned with OKEN Scanner

late cu anumite persoane sau obiecte. Cînd reușește să apuce un obiect își vestește bucuria prin sunete adecvate.

227. Timiditatea și teama. La această vîrstă, unii copii devin timizi și mai puțin prietenoși. Nu înseamnă neapărat că le este teamă. Aceasta poate fi un semn că sugarul începe să sesizeze deosebirea între persoanele apropiate și străine, reacționînd corespunzător. Zîmbește prietenos persoanelor pe care le cunoaște bine. Față de străini este rezervat. Cînd este vorba de medicul sau de sora care i-a făcut recent o injecție, plînge cu disperare.

Unii copii par să nu treacă printr-o astfel de perioadă de timiditate, pe cînd la alții ea este izbitoare. Este bine să se respecte aceste sentimente. Copilul nu va fi obligat să se lase luat în brațe de străini, dacă el arată că nu îi face plăcere. Se va constata că trece ușor peste această timiditate, dacă va veni mai des în contact cu persoane străine, de preferat cu un cerc restrîns și la intervale scurte.

Timiditatea constituie o etapă în dezvoltarea copilului, reprezentînd ceea ce s-ar putea numi „sociabilitate selectivă". Dacă este respectată și nu i se dă proporții neobișnuite, este foarte puțin probabil ca sugarul să devină mai tîrziu un anxios.

Luna a VIII-a

228. Nevoia de mișcare. La 8 luni copilul este vioi, se mișcă mult, îi place variația, stă bine în șezut și încearcă să stea în picioare (unii de-abia după 9 luni).

Deprinderea de a sta în picioare, cînd este susținut, se formează de obicei în luna a VIII-a. Pînă la această vîrstă, sugarul îndoaie picioarele cînd este ridicat, în loc să încerce să stea în picioare. Încercarea de a-l sprijini pe picioare nu trebuie făcută la o vîrstă prea timpurie, ci abia în momentul cînd impulsul pornește de la copil.

La sfîrșitul lunii a VIII-a, unii reușesc să se ridice, cînd sînt ajutați, și să se țină de peretele patului sau țarcului. Cei mai mulți nu se pot încă ridica pe picioare.

Face progrese evidente în folosirea mîinilor.

Nu cercetează numai propriul său corp, ci și jucăriile, lucrurile din jur. Se joacă cu tot ce apucă. Cu fiecare săptămînă, dorința de deplasare devine mai mare, încît nu trebuie lăsat nici o clipă nesupravegheat. Dacă este așezat pe podea, este tentat să se ridice în picioare. Se prinde de orice obiect care-i este în apropiere. Dacă se apucă de fusta mamei este mai puțin rău, dar dacă apucă colțul feței de masă pe care se găsesc vase și mîncăruri fierbinți se poate răni sau opări.

Unii copii stau liniștiți, se mișcă puțin, mulțumindu-se să cerceteze cu privirea o jucărie sau alte obiecte din încăpere. O astfel de comportare le îngrijorează pe mame.

Dacă pînă la această vîrstă:

— sugarul stă în șezut fără a se sprijini,

— se întoarce în toate părțile spre a apuca diverse obiecte și se îndreaptă din nou,

— se ridică în șezut din diferite poziții, el are o dezvoltare motorie normală.

229. Mersul de-a bușilea. Sugarul se rostogolește pe burtă și o pornește de-a bușilea. Nevoia de mișcare și de activitate este atît de mare, încît nici un eșec nu-l face să renunțe la această îndeletnicire: o ia mereu de la început și nu se lasă descurajat. De cele mai multe ori vrea să ajungă la un obiect; întinde mîinile spre el și cade. La început picioarele nu sprijină această mișcare de deplasare. Abia în al patrulea

Scanned with OKEN Scanner

trimestru, membrele pot fi mișcate simultan, cu mai multă îndemînare. Unii copii sar etapa mersului de-a bușilea, învățînd direct să meargă, în jurul vîrstei de un an.

230. Încredere și aducere aminte. O dată cu dezvoltarea capacității de a ședea, orizontul vizual al sugarului se lărgește. Atenția și interesul pentru oameni și lucruri cresc considerabil. În a doua jumătate de an a vieții sale, sugarul devine un mic cercetător, care nu numai că acumulează percepții și impresii senzoriale, ci le și folosește pentru a se familiariza cu lumea înconjurătoare. Sentimentul de încredere apare ca rezultat al unor senzații care îi produc plăcere; acesta este foarte important pentru dezvoltarea de mai tîrziu (formarea atitudinii față de viață). În al treilea trimestru, copilul este capabil să-și exteriorizeze sentimente puternice de bucurie, cînd revede persoane cunoscute, obiecte cunoscute, în timp ce atunci cînd vine în contact cu ceva necunoscut i se poate citi pe față că este vorba de ceva nou. Copilul trebuie ajutat să-și mărească sfera cunoștințelor, dar capacitatea sa de asimilare nu trebuie supraapreciată; nu trebuie să i se ofere mai mult decît poate să prelucreze. Nu trebuie să se abuzeze de capacitatea de imitare a sugarului, chiar dacă această nouă achiziție a copilului face plăcere părinților.

Pentru deplina stăpînire și perfectă coordonare a mișcărilor mai este nevoie de o dezvoltare de circa o jumătate de an, și de o perioadă încă mai lungă pentru a transforma percepțiile în acțiuni conștiente.

231. Gura și ochii. Gura rămîne, încă, un important organ de examinare: pentru ca să se familiarizeze cu ele, sugarul duce toate lucrurile la gură. Dar în același timp, ochiul este tot mai mult antrenat și cîștigă siguranță. Spre sfîrșitul celui de-al treilea trimestru, sugarul reacționează cu plăcere evidentă la toate invitațiile de a privi ceva și observă cînd obiecte care îi sînt familiare lipsesc din jurul său. De asemenea, reacționează mai puternic la schimbarea stării de spirit a adulților. Propria sa dispoziție se schimbă mult mai repede, acum, cînd contactul cu mediul este mai puternic. Insuccese sau întîmplări care nu sînt pe placul lui declanșează repede plînsul. Dacă mama se apropie de el și îi distrage cu ceva atenția începe să rîdă.

232. Articularea sunetelor. Vorbirea. Plăcerea de a articula sunete este deosebit de mare. Cînd se joacă sau își studiază propriul corp, articulează cele mai variate sunete. Se pare că-i plac, îndeosebi, sunetele ascuțite. Cei mai mulți copii nu articulează cuvinte cu înțeles; eventual pronunță două silabe. Dintre primele cuvinte spuse de copil citățm: „da-da", „pa-pa", „na-na", „ba-ba", „be-be", „ma-ma", „ham-ham" și altele asemănătoare, fără a desemna o persoană sau un anumit obiect.

Există indici că el înțelege anumite cuvinte, mai ales acelea pe care părinții le însoțesc de gesturi sau pe care le pronunță des. Se pare că înțelege semnificația lui „nu-nu". De multe ori țipă atunci cînd vrea să facă un lucru interzis și mama i-a spus acest cuvînt. Unii reacționează cînd sînt chemați pe nume.

233. Cum se educă dezvoltarea vorbirii. Mama este datoare să vorbească cît mai mult cu copilul, atît în timpul jocului, cît și în cursul manevrelor de îngrijire. Cînd copilul a articulat un anumit cuvînt, anturajul va pronunța în următoarele zile de mai multe ori cuvîntul respectiv.

Nu este bine să se vorbească cu copilul „pe limba lui"; se va folosi limbajul corect al adulților. Învățînd o limbă „pocită", va fi nevoit ulterior s-o uite pentru a învăța o altă limbă. La un copil de doi ani, o astfel de limbă este amuzantă, dar la unul de patru ani devine agasantă. De aceea, copilul va fi învățat de la început să vorbească corect.

Scanned with OKEN Scanner

Luna a IX-a

Și în această lună se pot observa o serie de schimbări.

Capacitatea de a ședea se consolidează. Copilul este foarte activ, se tîrăște în toate părțile și cercetează lumea. Invață să meargă de-a bușilea, se deplasează în

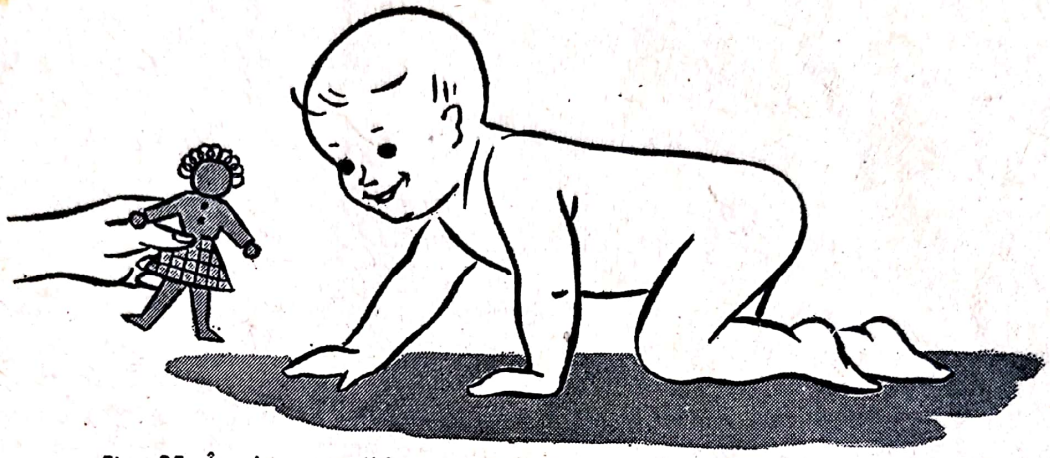


Fig. 35. În luna a IX-a sugarul începe să meargă de-a bușilea.

diferite direcții și se revoltă cînd este obligat să stea în țarc. Orizontul lui s-a lărgit mult. Învățămintele și experiențele lui se acumulează pe zi ce trece. Toate acestea îi modifică o parte din obiceiuri. Uneori este neliniștit și nerăbdător, aparent fără motiv. S-ar putea ca astfel de manifestări să fie consecința faptului că dorește mult să facă un lucru pentru care nu este apt, ca, de exemplu, să stea în picioare, să-și folosească mîinile într-un anumit scop sau să pronunțe cuvinte noi. În cîteva zile, după ce-și dobîndește noile aptitudini, se va liniști din nou.

234. Statul în picioare. În această lună el poate umbla în patru labe, stă în șezut, se culcă singur și se ridică fără dificultate. Uneori reușește să se ridice în picioare, dacă se poate apuca de ceva, de exemplu de gratiile țarcului. Nu reușește însă să stea în picioare nesprijinit: dacă-și dă drumul de mînuțe, cade jos. În mod obișnuit, trebuie să se țină bine cu ambele mîini, pentru a-și menține echilibrul.

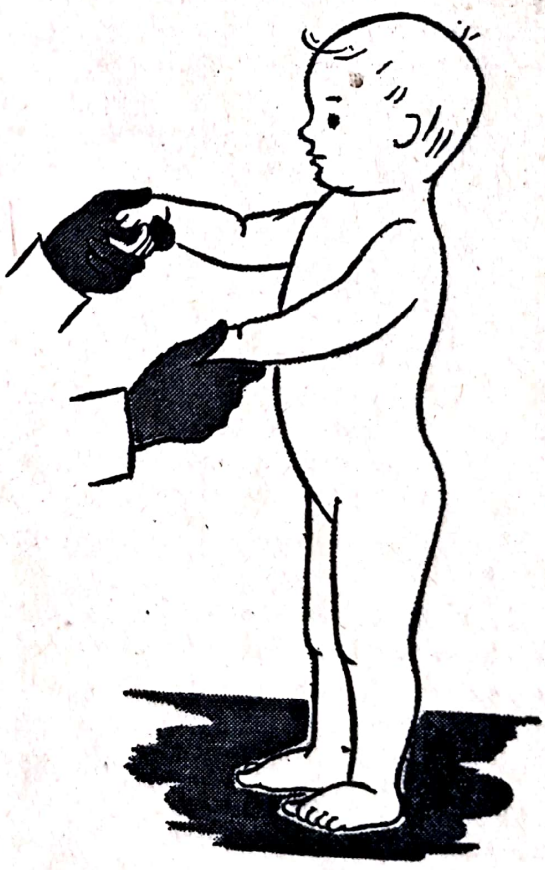


Fig. 36. Se poate menține în picioare dacă este sprijinit de ambele mîini. →

Scanned with OKEN Scanner

Unii copii, după ce stau puțin în picioare încep să plîngă. Aceștia au învățat să se ridice, dar nu au învățat să se așeze singuri jos. Dacă sînt ajutați să se așeze, de obicei sînt mulțumiți, apoi încep jocul de la capăt.

235. Ce poate face cu mîinile? Copilul învață mișcarea de opoziție a policelui (degetului mare). Reușește astfel să apuce obiecte foarte mici între police și degetul arătător. Această achiziție este la baza multor acțiuni.

Toată familia va deveni ordonată în această perioadă, îndepărtînd din jurul copilului toate obiectele mici (nasturi, bile, bomboane), pe care le-ar putea introduce în gură, riscînd să se înece.

Pentru a atinge unele obiecte, poate folosi degetul arătător; curînd va învăța să arate cu el ceva.

Capacitatea de a folosi separat degetele și de a armoniza mișcările lor reprezintă un progres apreciabil față de perioada în care își mișca pumnii strînși, fără nici un scop.

236. Cum poate fi ajutat copilul să învețe să execute singur anumite acțiuni. Copilul va fi lăsat să învețe în ritmul lui, fără a fi forțat. *Acest principiu este valabil la orice vîrstă*: un copil profită cel mai mult de experiențele acumulate de el însuși.

Va fi încurajat dacă vrea să facă singur ceva. Chiar dacă greșește la început, va învăța din greșeli și din propriile-i strădanii. Dacă mama sau bunica nu pot suporta să vadă cum încearcă singur, greșind la început, și intervin necontenit, se va simți în curînd neîndemînatic și incapabil, ceea ce îl va descuraja.

Copilul va fi lăsat să cunoască și valoarea unui insucces. Strădaniile prin care se poate găsi calea către succes se însoțesc adesea de insuccese inițiale. Acum, ca și mai tîrziu, este necesar ca copilul să știe să-și trăiască insuccesele. Mediul excesiv protector este nociv pentru copil.

Aceasta nu înseamnă, însă, că nu trebuie ajutat din cînd în cînd. Dacă sugarul a făcut repetate încercări, fără rezultat, va fi ajutat să găsească soluția potrivită, dar va fi lăsat să termine el treaba începută.

Luna a X-a

237. Generalități. Acum copilul învață aproape în fiecare minut ceva nou.

Părinții se abțin cu greutate de a nu stimula dezvoltarea copilului. Din dragoste și mîndrie, ei vor ca el să aibă succese în toate, chiar de la această vîrstă.

Dezvoltarea naturală nu trebuie forțată. Se va veghea ca aceasta să se facă în condițiile cele mai bune, asigurîndu-i-se o bună îngrijire a corpului, o alimentație corectă, jucării corespunzătoare, dar mai ales dragoste și atenție. Restul se va realiza spontan.

Mama nu va încerca să impună copilului să învețe unele lucruri, numai pentru a fi la fel cu copilul vecinei (sau al colegei de la birou), care ar putea părea mai inteligent.

Privită astfel, creșterea unui copil seamănă cu creșterea unei plante frumoase: i se oferă apă, soare, pămînt bun și puține îngrășăminte, apoi este lăsată să crească în liniște. Cine vrea o plantă sănătoasă și puternică, de care să se bucure mult timp, nu-i dă îngrășăminte multe, care să-i forțeze creșterea sau să-i grăbească înflorirea.

Scanned with OKEN Scanner

Pe părinți ar trebui să-i intereseze mai mult sănătatea și mulțumirea copilului, dezvoltarea aptitudinilor lui în mod spontan, decît momentul cînd a învățat să meargă sau să ceară olița.

238. Importanța dobîndirii deprinderii de a opune policele degetului arătător. Această capacitate este una din marile cuceriri ale omului, ea permițînd folosirea mîinilor la manevrarea uneltelor, ca și la scris.

Dobîndirea acestei capacități are loc între a IX-a și a XI-a lună. De la 6 luni (cînd mișcările mînuțelor erau atît de neajutorate cînd voia să apuce un obiect mic) pînă la 10 luni (cînd copilul, cu o mișcare grațioasă, reușește să ridice între degetul mare și arătător o fărîmiță de pîine) a intervenit un progres uriaș în coordonarea nervoasă.

239. Alte progrese ale dezvoltării motorii. În general, copilul va practica și își va desăvîrși achizițiile din luna precedentă. Nu se înregistrează progrese remarcabile.

În ceea ce privește mersul sprijinit, nu există o regulă generală: unii reușesc destul de bine, în timp ce alții (mai puțini, este adevărat) nici nu încearcă! La început, copilul se va ridica în picioare, ținîndu-se bine, va ridica un picior apoi pe celălalt, dar nu se va mișca din loc. Dacă este un copil care este obișnuit să stea mai mult în șezut, se poate să nici nu încerce să se ridice în picioare și să-și verifice forțele.

240. Limbajul. Unii copii continuă să-și lărgească „vocabularul" cu alte cuvinte bisilabice, alții nu se grăbesc deloc să vorbească.

Luna a XI-a

241. Se conturează personalitatea. Copilul devine din ce în ce mai mult o mică personalitate. Preferințele și repulsiile se conturează din ce în ce mai bine, exprimîndu-se prin manifestări din ce în ce mai pregnante. Este dibaci în anumite acțiuni și rămîne stîngaci în unele gesturi, care par simple, dar care lui nu-i reușesc.

Părinții sînt datori să urmărească toate componentele fizice, spirituale, și emoționale care conturează o personalitate. Trăsăturile de comportament care nu sînt pe placul părinților nu se vor combate prea repede; se încearcă mai întîi să se descopere motivul care a generat o anumită purtare a copilului, apoi se va încerca să se înlăture ceea ce a apărut în mod nedorit. Dacă un copil este vioi, nu se va încerca să se facă din el un copil liniștit, obligîndu-l să stea cuminte; se reușește mult mai sigur dîndu-i-se o jucărie sau o altă preocupare.

242. Memoria continuă să se dezvolte. Recunoaște persoanele din anturajul imediat și își caută obiectele pierdute.

243. Inteligența practică se manifestă prin aceea că poate deschide o cutie sau poate trage un obiect cu o sfoară.

Poate executa unele ordine simple. Deschide gura sau întinde mînuța la comandă.

244. Mersul. La vîrsta de 11 luni, cei mai mulți sugari sînt în stare să meargă dacă se sprijină de mîna unui adult, de marginea țarcului sau de un scaun. Ținut de ambele mîini, copilul va putea merge mai bine.

Scanned with OKEN Scanner

245. Simte nevoia de societate. La sfîrșitul primului an de viață, copilul își manifestă evident nevoia de companie. Vrea să se joace în aceeași încăpere în care se află ceilalți membri ai familiei și așteaptă să i se vorbească, iar dacă este lăsat singur reacționează, deseori, prin plîns.

Luna a XII-a

246. Limbajul. Afară de „ta-ta", „pa-pa", „ma-ma", majoritatea copiilor nu pot spune decît cîteva silabe sau cîteva cuvinte formate din 2 silabe. Vorbirea începe însă să devină mijloc de comunicare: dorințele și sentimentele proprii vor fi exprimate prin silabe simple.

Mulți copii încep să vorbească mai tîrziu. Ei sezisează multe situații din mediul lor, știu să arate diferitele părți ale corpului și multe obiecte din cameră, diferențiază după nume persoanele din jur, execută mici ordine dar nu articulează nici un cuvînt. Au ceea ce se cheamă un „limbaj pasiv", dar nu au trecut încă la treapta de „limbaj activ". Am întîlnit foarte mulți copii care înțelegeau foarte multe noțiuni, dar care nu au articulat nici un cuvînt pînă în jurul vîrstei de 3 ani. Toți acești copii s-au dovedit ulterior foarte dotați.

Fig. 37. Primii pași sînt nesiguri, mersul este legănat, iar baza de susținere este largă.

Dacă nu există leziuni nervoase sau defecte ale simțului auzului, lipsa de limbaj activ nu constituie un motiv de îngrijorare.

247. Mersul se învață foarte încet, trecînd prin diferite trepte. Mersul de unul singur se realizează, la majoritatea copiilor, între 12 și 14 luni. Dacă întîrzie prea mult, se va consulta medicul.

La început, copilul merge legănat, cu baza de susținere lărgită. Adesea, cade pe spate după 3—4 pași. Copiii sînt foarte perseverenți în a învăța să meargă, luînd-o mereu de la început. Cu timpul devin siguri pe ei.

Unii dintre copii care încep să meargă devreme, după cîteva încercări încetează brusc să mai meargă și timp de 1—2 luni nu mai încearcă deloc. Este vorba de copii care s-au speriat de nesiguranța lor și de căderi. Ei devin mai prudenți și fac o nouă încercare abia după ce uită primul șoc. Nu vor fi forțați!

248. Ce poate face un copil la 12 luni. Stă liber în șezut, stă singur în picioare și face, susținut, primii pași. Este captivat de dorința de a învăța să meargă. Dacă știe să meargă, va umbla prin casă în majoritatea timpului. Dacă ajunge pînă la masă știe să-și însușească diverse obiecte. Poate da drumul în mod voit unor obiecte pe care le ține în mînă (cu cîteva luni în urmă le scăpa din mînă cînd obosea prea tare sau cînd voia să apuce un alt obiect). În lunile următoare, ocupația lui

Scanned with OKEN Scanner

favorită va fi să arunce diferite jucării peste marginea patului sau țarcului, sau le va arunca într-un recipient pentru a le scoate apoi.

249. Comportamentul copilului se nuanțează. În această perioadă se intensifică diferențierea psihică. În manifestarea afectivă a copilului apar nuanțări. Spre sfîrșitul primului an de viață observăm manifestări de simpatie sau preferință, refuz sau protest față de persoane, jucării sau mîncare. Observăm de asemenea sentimente de mînie, furie, invidie, gelozie. La ceea ce îi provoacă neplăcere, copilul reacționează activ, cu protest sau furie, sau pasiv, cu teamă, reacție de evadare.

În această perioadă copilul devine un „partener": începe să rostogolească mingea înapoi, înmînează cu plăcere obiecte dar așteaptă să-i fie restituite, îi place jocul în colectiv.

Mama devine tot mai mult model pentru propria comportare. Copilul imită tot ce face mama, gesturile ei, pînă și dispoziția, starea de spirit. Din punct de vedere științific nu s-a răspuns încă hotărît la întrebarea: în ce măsură copilul se adaptează la această vîrstă caracterului și particularităților mamei. Copilul are posibilități de înregistrare mult mai sensibile decît își pot imagina adulții.

Somnul

250. O veche zicală spune că „un copil crește dormind". Într-adevăr, **somnul reprezintă o necesitate absolută pentru maturarea și dezvoltarea organismului sugarului.** Nou-născutul doarme 80%, iar copilul de un an circa 50% din 24 de ore. Mamele întreabă adesea, cît și între ce ore doarme un copil, în mod normal. La acest lucru, sugarul este singurul care poate răspunde. Unii copii par să aibă nevoie de somn mult și alții par să se mulțumească cu foarte puțin. Dacă un sugar este satisfăcut cu hrana sa, dacă este sănătos, este ținut mult afară la aer curat, are un loc liniștit de dormit și norocul unei familii echilibrate, cu siguranță că doarme cît trebuie.

În primele luni părinții nu trebuie să-și pună problema cum trebuie făcută educația somnului copilului. Sînt însă cîteva lucruri cu care poate fi ajutat să doarmă bine. I se va fixa pentru dormit locul cel mai liniștit și mai lipsit de curent. Zgomotele obișnuite nu deranjează pe copil. Nu se vor pune în apropierea copilului aparatul de radio și televizorul. Lumina de la ora prînzului se va reduce mult, pentru ca somnul să fie profund. Noaptea va fi întuneric în cameră. Nici un copil nu se naște cu teama de întuneric și nu trebuie făcut nimic (nici acum și nici mai tîrziu!) care ar putea să-i deștepte această teamă. În primele luni, un sugar adoarme repede. Mai tîrziu, stă cîtva timp treaz, „vorbește pe limba lui" singur și privește în jur, înainte de a adormi.

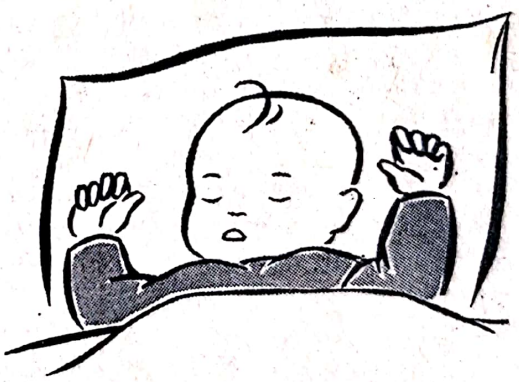


Fig. 38. Poziția sugarului sănătos în timpul somnului: mîinile sînt ridicate pe lîngă cap.

251. Camera în care doarme sugarul va fi bine aerisită, fără curenți, fără aburi și liniștită. Aceasta nu înseamnă să se meargă în vîrful picioarelor și să se vorbească

Scanned with OKEN Scanner

în șoaptă. Convorbirile la un ton convenabil, joaca fraților mai mari, zgomotele obișnuite dintr-o gospodărie nu tulbură somnul sugarului.

În schimb, *nu va dormi niciodată în același pat cu mama* (sînt deranjați atît mama cît și sugarul; pericol de sufocare).

Dacă un sugar doarme neîntrerupt toată noaptea și are propriul lui pat, poate împărți camera cu 1—2 frați. Nu se recomandă să doarmă în cameră numai cu un alt frate mic. Un copil de 2—3 ani nu are suficientă minte pentru a putea fi lăsat fără pericol, singur, o noapte întreagă, cu un sugar. Cînd frații mai mari au peste 4—5 ani, riscul ca aceștia să facă vreun rău sugarului este mult mai mic, în afară de cazul cînd unul dintre aceștia prezintă tulburări de comportament. Ca măsură de prevedere, se va interzice copiilor mai mari să coboare peretele mobil al patului.

Trebuie totuși avut în vedere că orele de somn ale sugarului și ale copilului mai mare nu coincid. Pentru un copil de 10 ani, de exemplu, care doarme de la 9 seara la 7 dimineața (și merge la școală!), nu este convenabil să fie trezit în fiecare dimineață la ora 5,30. În astfel de cazuri este mai bine ca sugarul să doarmă în altă încăpere.

252. Ce se face dacă sugarul se trezește dimineața prea devreme? În primele luni, mulți sugari se trezesc foarte devreme și împotriva acestui lucru nu se poate face nimic. Mama va verifica dacă sugarul mănîncă suficient seara. Se poate încerca deplasarea ultimei mese cu o oră, deși în cele mai multe cazuri nu se realizează mare lucru. Prima masă se va administra imediat după ce se trezește copilul.

253. Nu se schimbă copilul în timpul nopții, dacă nu e treaz.

254. Administrarea medicamentelor pentru somn se face numai la indicația medicului. Înainte de a se ajunge la calmante, familia va cerceta dacă agitația nocturnă nu este urmarea unui defect de îngrijire.

255. Care este cea mai bună poziție pentru somn. Copilul nu doarme pe partea pe care-l culcă mama. Este bine să fie lăsat să doarmă în poziția care se pare că îi place lui mai mult. Unora dintre copii le place să doarmă pe spate, altora pe burtă. Unii pretind că poziția de culcat pe spate prezintă două inconveniente:

— sugarul riscă să se sufoce, dacă se întîmplă să verse în această poziție;

— sugarul obișnuit să doarmă numai pe spate are tendința să-și sprijine capul mereu pe aceeași parte, ceea ce poate să provoace o turtire a craniului în zona respectivă.

În realitate, chiar dacă se produce turtirea capului, aceasta nu constituie nici un prejudiciu, pentru că după 7 luni, cînd sugarul poate sta în șezut, această asimetrie a craniului se remediază, cel mai adesea. Încercările de a fixa craniul copilului între perne, pentru corectarea deformării apărute prin culcarea pe o singură parte, sînt inutile.

După 6 luni, însă, cînd copilul are multe perioade de veghe și urmărește ceea ce se petrece în jurul său, dacă doarme pe o singură parte își formează deprinderea să privească mereu într-o parte. Uneori își menține aceeași poziție și cînd este ținut în brațe sau cînd este culcat altfel. În astfel de situații, în a doua jumătate a anului, copilul va fi culcat o dată din două cu capul la picioarele patului; în acest mod, dacă un zid sau un obiect oarecare atrage în special privirea și atenția sa, el va întoarce capul în acea direcție, indiferent de poziția sa în pat.

Numai foarte rar, copilul are un mușchi al gîtului prea scurt, ceea ce face dificilă sau imposibilă întoarcerea capului într-o anumită parte. Este ceea ce se cheamă *torticolis*. Se rezolvă prin tratament.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimul timp, *pediatrii recomandă să se obișnuiască sugarul să doarmă pe abdomen. Cînd va învăța să se întoarcă singur, el își va schimba poziția după cum îi convine. Respirația nu este stînjenită dacă se folosește o saltea tare, perfect orizontală și fără pernă. Îndeosebi sugarii care suferă de colici ar trebui culcați după fiecare masă pe burtă. Compresiunea abdomenului calmează durerile.*

Copilul va fi culcat în așa fel, încît să nu se încurce în pătură.

256. Copilul poate dormi în coș sau în căruciorul de cameră pînă la 5—6 luni. Mai tîrziu, cînd se mărește, acestea nu-i mai acordă libertatea de mișcare; în plus apare pericolul de a cădea din coș.

257. Legănatul — în brațe sau în cărucior — ajută copilul să adoarmă sau să readoarmă mai ușor.

Înainte de a recurge la legănat, va fi lăsat cîteva minute singur; în mod normal, copilul se liniștește în curînd. Dacă însă mama are impresia că nu va adormi, nu trebuie să ezite să-l liniștească, legănîndu-l. Trebuie evitat, totuși, să se facă un obicei din legănat.

258. Ce se face dacă un copil se trezește noaptea din somn? Se întîmplă frecvent ca sugarul între 6 și 9 luni să se trezească noaptea. În mod obișnuit, aceasta este numai o întîmplare trecătoare, dar la unii durează 2—3 luni. Nu se pot da remedii sigure, ci numai cîteva sugestii:

— Nu se va ocupa nimeni de el, dacă după ce s-a trezit „vorbește" singur și este mulțumit.

— Dacă se trezește și plînge, mama va aștepta puțin să vadă dacă nu adoarme din nou. Dacă nu încetează după cîtva timp, și este ud, îl va schimba și, după cîteva vorbe liniștitoare, îl va culca din nou.

— Mulți copii se consolează cu o susetă.

— Dacă este prea cald în cameră și aerul este prea uscat, i se dă să bea puțin ceai.

— De multe ori, sugarul mare vrea să aibă societate. Seara, la culcare, i se va pune în pat o jucărie (un ursuleț, un iepuraș etc.), pentru a o apuca cînd se trezește noaptea. Cei mai mulți nu-și mai trezesc mama, dacă se pot juca cu jucăria preferată (vezi mai departe).

— Ultima masă, de seară, va fi mai consistentă.

— În timpul zilei, copilul va fi ținut afară la aer, în plină activitate și mișcare, pentru a-l obosi suficient.

— Călătoriile, schimbările de locuință, persoanele străine, excesul de impresii pot determina tulburări de somn.

— În perioada erupției dentare pot surveni tulburări de somn.

Cauzele tulburărilor de somn au la origine, de cele mai multe ori, o greșeală de îngrijire. O mamă grijulie, apropiată de copil, descoperă cu ușurință motivele oricărei dereglări în somnul unui copil.

259. Ce se face dacă un sugar se dezvelește în timpul nopții? Se va verifica mai întîi dacă nu este învelit sau îmbrăcat prea gros la culcare. Pentru a nu-i fi prea cald, este mai bine ca pătura mai călduroasă să nu se pună de seara, ci mai tîrziu, cînd încăpererea începe să se răcească.

Se va încerca să se mențină în cameră o temperatură cît mai constantă. Dacă îmbrăcămintea de noapte îi acoperă și picioarele (sacul de dormit este ideal!) și este în raport cu temperatura din cameră, nu sînt motive de îngrijorare dacă se dezvelește.

Scanned with OKEN Scanner

În locuințele care în timpul nopții se răcesc mult, sugarul va fi îmbrăcat în pijama cu botoșei sau în saci. La nevoie se poate îmbrăca un maiou sub cămașă sau un flanel subțire deasupra.

Nu se va lega copilul de pat, pentru că orice sistem de imobilizare reprezintă un pericol de strangulare. Colțul pledului poate fi legat de gratiile patului (fig. 39).

Fig. 39. Legarea pledului de marginea patului.

260. Somnul între 6 și 8 luni. Sugarul are încă nevoie de circa 15 ore de somn. De cele mai multe ori se culcă la ora 6—7 seara și doarme 11—13 ore fără întrerupere. În timpul zilei nevoia de somn variază; în general doarme cîte 3—4 ore (dimineața și după masa de prînz).

Multe mame întreabă cît timp este permis să mai rămînă copilul treaz după masa de seară. Pentru aceasta nu există nici o regulă; mulți medici recomandă ca imediat copilul să fie pregătit pentru culcare. Cei mai mulți copii sînt mulțumiți și relaxați după masa de seară. În timpul cît este pregătit de culcare, mama se poate juca puțin cu el; astfel i se creează o dispoziție excelentă pentru culcare. Este bine să se mențină acest obicei în primii 2—3 ani de viață. Se vor evita însă jocurile prelungite.

Este indicat, pentru formarea unei comuniuni sufletești a întregii familii, ca tatăl să vină acasă înainte de ora de culcare a copilului. Dacă din cauza serviciului tatăl sosește în mod constant după ora de culcare (dar nu mai mult de 1 1/2 ore!), mama poate să-i dea copilului, în cursul după amiezii, o gustare ușoară, masa de seară fiindu-i dată mai tîrziu, după ce a avut timp să se joace cu tatăl lui. Bineînțeles, acest joc nu va fi prea agitat.

În funcție de temperament, unii copii adorm imediat după mesele de prînz și de seară, pe cînd alții simt încă nevoia să se miște. Mama se va adapta acestor trăsături ale copilului.

261. Somnul între 9 și 12 luni. Cei mai mulți copii încep să îndrăgească, mai devreme sau mai tîrziu, o anumită jucărie sau o bucată de țesătură colorată pe care vor s-o ia cu ei în pat. Cîrpa sau jucăria par să reprezinte pentru ei o sursă deosebită de plăcere sau de calmare. Judecînd după dispoziția nefericită a copiilor cînd li se ia obiectul adorat, acesta pare să fie pentru ei foarte important. Mulți adorm cu o astfel de jucărie, mereu aceeași (o păpușe, un ursuleț, un cățel), pînă spre anii de școală, cu toate că, datorită timpului jucăria a devenit de nerecunoscut. Unele mame sînt neliniștite cînd copilul lor acordă atîta importanță unui obiect minor. Repetăm însă că obiceiul se întîlnește atît de des la copiii mulțumiți și echilibrați, încît poate trece drept perfect normal (vez fig 40, p 109).

Nu toți copiii au nevoi egale de somn. În general, însă, în cursul nopții copilul doarme tot 10—12 ore. Unii dorm încă de 3 ori în cursul zilei, alții o singură dată, dar mai prelungit.

Scanned with OKEN Scanner

Erupția dentară

262. Data erupției este foarte variabilă: la unii, **primul dinte apare la 4 luni,** la alții în jurul vîrstei de un an, dar la majoritatea copiilor primul dinte apare între 6 și 8 luni. Abaterile de la regula generală sînt, de obicei, de cauză familială.

În schimb, ordinea apariției este, la cei mai mulți copii, aceeași. În mod normal, cei doi incisivi mediani inferiori apar primii.

La locul erupției unui dinte apare mai întîi o ușoară congestie, iar prin transparență se poate vedea viitorul dinte, ca un mugure albicios. Unii sugari își mușcă buzele, iau totul în gură, își sug degetul, salivează și țin gura întredeschisă timp de zile sau de săptămîni în preajma erupției dinților și, mai ales, a măselelor; ei sînt agitați, iritabili, mănîncă mai puțin și dorm prost. Alteori, erupția unui dinte nu se însoțește de nici un fel de modificare a stării și dispoziției copilului.

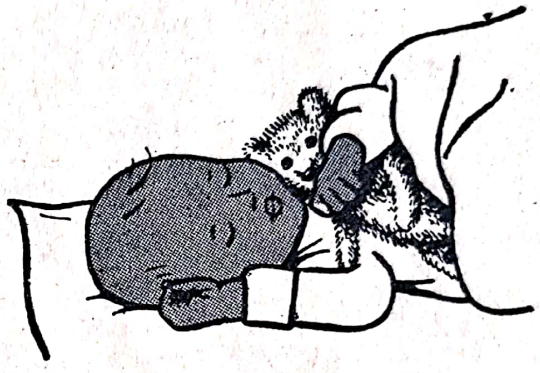


Fig. 40. Sugarul doarme cu jucăria preferată.

Este necesar să se știe că, niciodată, apariția unui dinte nu se însoțește de febră. În cazul unor astfel de tulburări va fi consultat medicul: erupția dentară fiind un proces prelungit, copilul se poate îmbolnăvi pe parcurs; de asemenea, erupția dentară poate agrava o boală minoră; febra mai poate fi datorată și aportului insuficient de lichide, consecință a faptului că copilul este nervos și nu mănîncă bine.

Se vor da copilului lichide suficiente (ceai, mese de fructe). Dacă nu vrea să primească ratia obișnuită de lichide, i se vor oferi lichidele la intervale mai mici. Dacă este inapetent, i se vor da numai alimentele pe care le primește cu plăcere.

În caz de agitație nocturnă i se poate da o tabletă mică de fenobarbital de 0,015 g (o luminaletă). În tot cazul nu se va ajunge la măsuri aberante ca: incizia gingiei, aplicarea de anestezice, de „prafuri" de dinți sau pastă de dinți, masaje cu sare de bucătărie etc.

TABELUL VI

Ordinea și momentul erupției dentare sînt:

Ordinea	Vîrsta
Maxilarul superior	
1. Incisivii mediani	7 — 10 luni
2. Incisivii laterali	9 — 12 luni
3. Caninii	20 — 24 luni
4. Primii premolari	15 — 18 luni
5. Premolarii II	24 — 30 luni
Maxilarul inferior	
1. Incisivii mediani	6 — 8 luni
2. Incisivii laterali	10 — 14 luni
3. Caninii	18 — 20 luni
4. Primii premolari	12 — 16 luni
5. Premolarii II	22 — 28 luni

Scanned with OKEN Scanner

Așadar, în mod obișnuit, primii apar cei doi incisivi mediani inferiori. La cîteva luni mai tîrziu apar cei patru incisivi superiori. Uneori, în jurul vîrstei de un an mai apar incisivii laterali inferiori. În total, la 1 an copilul are 6 dinți, rareori 8 dinți. Urmează, de obicei, o oprire de cîteva luni. Apoi, aproape dintr-o dată, apar șase noi dinți: ultimii doi incisivi și cei patru premolari, între care persistă golurile destinate celor 4 canini.

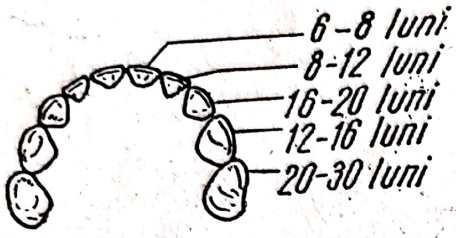


Fig. 41. Ordinea erupției dentare.

Alimentația

Luna a II-a

263. Orarul meselor. La 4—6 săptămîni, cei mai mulți copii s-au obișnuit cu orarul de 5 mese. Dacă sugarul este alăptat, el își crește treptat cantitatea pe supt (sau pe masă), sugînd mai mult și mai viguros. Sugarul alimentat artificial necesită de asemenea, treptat, cantități mai mari.

Mulți sugari nu au încă un orar regulat al meselor. De cele mai multe ori este vina mamei. Nu este obligatoriu ca intervalele dintre mese să fie perfect egale, de 4 ore, dar ar trebui să apară o schemă și o oarecare regularitate în ceea ce privește orele de supt, cel puțin după 4—5 săptămîni (vezi capitolul „Nou-născutul").

264. Alimentația în timpul nopții. Multe mame întreabă cînd trebuie să doarmă un copil neîntrerupt noaptea, fără a mai cere o masă. Nu se poate generaliza și nu se poate spune cu certitudine dacă acest lucru se poate obține pînă la sfîrșitul celei de a II-a luni. Cei mai mulți sugari se obișnuiesc la 6—8 săptămîni să nu se mai trezească noaptea.

265. Cum se poate desființa masa de noapte. Cei mai mulți copii renunță de la sine la masa de noapte, cea solicitată în jurul orei 2. Mama se va îngriji ca ultima masă de seară să fie substanțială. Dacă este hrănit la sîn, i se dă să sugă din ambii sîni, pînă se satură. Dacă mama are impresia că la această masă copilul ar putea mînca mai mult, va consulta medicul de circumscripție, care va stabili dacă este utilă o completare cu biberonul.

266. Ce înseamnă dacă un copil suge la o masă numai cîteva minute și apoi plînge din nou după 2—3 ore. S-ar putea să fi înghițit mult aer la supt, simțindu-se sătul pentru moment, sau să nu se fi săturat la supt. Dacă sugarul a golit un sîn și continuă să tragă din sîn cu foame, este pus și la celălalt sîn. La masa următoare, sînii vor fi oferiți în ordine inversă. În cazul în care, pe lîngă aceste manifestări, la cîntărirea ce se face după cîteva zile (5—6 zile) se constată că sugarul nu crește sau chiar scade în greutate se anunță medicul pediatru și asistenta de ocrotire. Mama poate face „proba suptului" (vezi capitolul al IV-lea punctul 352), pentru a se cunoaște precis cantitatea de lapte supt în 24 de ore. Completarea se va face numai după consultul cu medicul.

267. Cum poate fi împiedicat sugarul să înghită prea mult aer? Cînd începe să sugă mai încet, mama îl retrage de la sîn, îl lasă să eructeze și apoi îl alăptează în continuare. Se poate întrerupe suptul de 2—3 ori pentru eructații, dacă sugarul nu protestează și dacă după aceea continuă să sugă.

Scanned with OKEN Scanner

268. Sînii se golesc la fiecare supt. Pînă cînd alăptarea s-a perfectat, este bine ca sînii să fie goliți de cîteva ori pe zi. În felul acesta, este sigur că glanda mamară este stimulată pentru o bună secreție. Dacă, contrar așteptărilor, sînul nu este golit la un supt, restul de lapte trebuie stors, fie cu mîna, fie cu pompa.

269. Ce se face dacă mama lipsește de acasă? În luna a II-a, la un copil care este alimentat numai la sîn, dacă mama lipsește o dată de acasă, se poate da în locul unui supt, fie ceai, fie o masă de lapte de mamă muls.

270. Alimentația artificială. Alimentul cel mai potrivit în luna a II-a de viață este un preparat din laptele praf care se găsește la noi în comerț: „Lactosan", „Rarăul" sau „Mureșul", care se dă în concentrație de 8% la începutul lunii și de 10% în săptămînile a 6-a—a 8-a de viață (vezi capitolul al IV-lea). Dintre preparatele care se găsesc în comerț se poate folosi de asemenea un produs de lapte „umanizat" („Similac" sau „Humana I") sau un preparat acidifiat („Camelpo"); pentru modul de preparare, fixarea concentrației și a cantităților pe mese, mama se va ghida după indicațiile de pe etichetă și recomandările medicului.

271. Rația medie zilnică. În săptămîna a 4-a—a 5-a, rația de lapte este de 650—750 ml. Repartizată la 5 mese revine la 130—150 ml/masă, iar la 6 mese, la 110—130ml/masă. În săptămîna a 5-a—a 6-a, rația zilnică este de 650—850 ml, deci 130—170 ml/masă, dacă se dau 5 mese, și 110—140 ml/masă, dacă se dau 6 mese.

272. Aceste cifre sînt numai orientative. Există o regulă simplă, preconizată de medicul rus Scarin. Cantitatea de lapte se calculează în modul următor, în primele luni de viață:

— la 8 săptămîni se dau copilului 800 ml lapte/24 ore;

— pentru fiecare săptămînă în minus se scad cîte 50 ml lapte/24 de ore;

— pentru fiecare lună în plus se adaugă 50 ml lichide, avînd grijă să nu se depășească 1000 ml pe zi.

273. Lichidul de diluție. Pentru praful de lapte „Rarăul" și „Mureșul", diluția se face cu decoct („apă") de orez în concentrație de 2—3% și îndulcită cu 5 g de zahăr la 100 ml. La copiii constipați se poate folosi decoctul („apa") de fulgi de ovăz.

Celelalte produse comerciale (produsele de lapte adaptat, cum sînt „Humana" sau „Similac"; produse de lapte praf acidulat, cum este „Camelpo") nu se prepară în decoct de orez și nici nu se îndulcesc. În prepararea acestora din urmă se respectă întocmai indicațiile date pe prospectul anexat sau pe eticheta lipită pe cutie. Aceste produse comerciale conțin principiile nutritive în cantități suficiente și cu calități corespunzătoare. Adaosurile de apă de orez și de zahăr ar duce la o suprasolicitare a funcțiilor digestive și a metabolismului în general.

Același lucru se întîmplă dacă se prepară hrana mai concentrată decît s-a indicat (8—10%), putînd surveni semne de intoleranță (vărsături, lipsa poftei de mîncare) sau tulburări de tranzit (diaree!). În momentul de față există o concepție extremistă care afirmă că sugarul poate tolera laptele integral (laptele de vacă așa cum este muls de la vacă sau lapte praf cu concentrație de 12,5%). Este adevărat că o parte dintre copii tolerează laptele integral chiar de la o lună; acești copii tolerează de altfel și alte alimente mult mai devreme (nu se văd adesea familii mai înapoiate dînd fasole uscată fiartă de la 5 luni și nu se întîmplă nimic?). Marea majoritate a copiilor, însă, ajung mai devreme sau mai tîrziu la diaree prin supraalimentație. Or, diareea aduce după sine un regres mare în creștere și perturbarea funcțiilor metabolice ale copilului. După diaree se observă adesea scădere în greutate, intoleranță

Scanned with OKEN Scanner

digestivă, inapetență, neregularitate sau stagnare în greutate, anemierea sugarului. Rezultatele acestor avantgardisme le cunosc, în ansamblul lor, numai medicii de spital, care trebuie să rezolve toate accidentele!

274. Se poate lăsa copilul singur cînd își ia biberonul? Acest lucru nu este permis! Nu este voie să se sprijine biberonul pe o pernă sau pe un pled împăturit. Într-o asemenea eventualitate, sugarul nu are posibililatea să facă nici o pauză în supt, nimeni nu-i scoate tetina din gură; urmarea este că înghite prea repede. În plus, copilul este frustat de sentimentul de protecție, care nu poate fi înlocuit cu nimic altceva. În primele luni de viață, mesele reprezintă singurele ocazii cînd copilul poate fi aproape pe mamă.

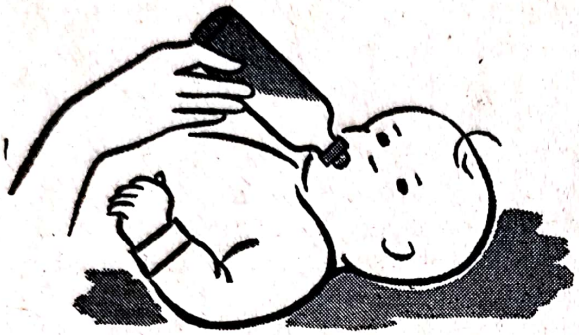


Fig. 42. Tetina și gîtul biberonului vor fi tot timpul pline cu lapte, pentru a evita înghițirea aerului.

275. Poziția biberonului în timpul mesei. Biberonul se ține înclinat în așa fel încît tetina să fie tot timpul plină cu lapte (fig. 42). Cea mai mare parte a copiilor trag din biberon, fără oprire, pînă în momentul cînd și-au potolit foamea. Unii înghit o cantitate mare de aer în timpul cît sug. Bula de aer care se formează astfel în stomac sfîrșește prin a le da o falsă sațietate sau le provoacă colici. Ei se opresc atunci din supt, cu toate că nu au băut decît jumătate din rația lor normală. Ca remediu se recomandă ca copilul să fie ridicat, să fie pus cu abdomenul lipit de toracele mamei, sprijinit de umerii ei, și să fie bătut ușor pe spate. Mama va pune o cîrpă pe umăr, pentru a-și proteja îmbrăcămintea în cazul cînd sugarul regurgitează. Dacă sugarul continuă să țipe, mama îl pune culcat cu fața în jos, pentru cîteva minute, apoi îl ridică sus și-l sprijină pe umerii săi. Toate aceste manevre nu sînt necesare decît dacă sugarul înghite aer (are colici; regurgitează sau varsă; este agitat după masă), iar medicul spune că are aerofagie.

276. Cum se dau sucurile de fructe. Se începe cu cîte 1/2 linguriță și se crește progresiv pînă se ajunge la 5—6 linguriță la o masă. Sucul se dă cu puțin mai înainte de masă. Sucurile nu se încălzesc și, mai ales, nu se fierb, deoarece temperaturile ridicate distrug vitamina C. Dacă sucul de fructe se adaugă la alimentul copilului, el se încălzește în alimentul respectiv. Dacă se administrează singur, mama va avea grijă să nu-l dea direct de la frigider.

Pentru evitarea infecțiilor și a intoxicației cu substanțe insectofungicide (se știe că plantele se tratează cu substanțe chimice, de obicei din grupul parationului, pentru distrugerea insectelor), fructele se spală în mai multe ape și se opăresc. Opărirea se poate efectua punînd fructele, în strat subțire, într-o strecurătoare care se scufundă pentru cîteva secunde într-o cratiță cu apă fierbinte. Răzătoarea de sticlă, tifonul, vasele în care se colectează sucul vor fi într-o stare de perfectă curățenie. Înainte de a prepara sucul, mama se va spăla bine pe mîini, cu apă și săpun.

Incidentele și accidentele administrării sucurilor de fructe. După administrarea de sucuri de fructe mulți copii fac un eritem fesier mai mult sau mai puțin persistent. Sucul de morcovi și de mere sînt cel mai bine tolerate. Sucul de căpșuni produce

Scanned with OKEN Scanner

la mulți copii urticarie. Sucurile de cireșe, prune, pere, struguri, și mai puțin cel de portocale, sînt mai laxative.

La noi în țară, în lunile iunie-septembrie, cele mai indicate sînt sucurile de morcovi, roșii, piersici, zmeură și coacăze; în lunile de toamnă — sucul de morcovi sau de mere; în iarnă și primăvară — sucul de lămîi și portocale.

Criteriile de alegere al sucurilor la sugari sînt:

— toleranța digestivă (diaree, colici, eritem fesier intens);

— gustul copilului (dacă-l primește cu plăcere);

— anotimpul;

— starea economică și regiunea unde domiciliază familia;

— educația sanitară a mamei (o mamă certată cu legile curățeniei va aduce odată cu administrarea sucurilor și îmbolnăvirea copilului!);

— durata cît se găsește pe piață un fruct (la noi sînt de preferat merele, morcovii, tomatele), deoarece sugarii nu au nevoie de diversitate, ci de uniformitate în alimentație;

— tendința la diaree sau la constipație. La cei constipați ce preferă sucul de portocale, chiar de struguri sau de pere, iar la cei cu tendința la diaree: merele, morcovii, bananele, afinele. La cei anemici este foarte indicat sucul și pulpa de piersici, care au o cantitate mare de fier. La sugarii cu tendință la obezitate, în locul laptelui și făinoaselor se introduc în cantitate mare sucul și pulpa de fructe.

La copilul care primește greu sucul de fructe, acesta se amestecă cu un aliment cu care este deja obișnuit și pe care-l tolerează bine (vezi și punctele 383, 431, 432, 433, 434, și 435).

Luna a III-a

277. Numărul meselor. Indiferent de felul alimentației (naturală, mixtă, artificială), sugarul va primi 5 mese pe zi. Intervalele vor deveni foarte regulate. Cei mai mulți sugari dorm în timpul nopții fără întrerupere. Numai excepțional se mai cere o masă de noapte. În cursul acestei luni, copilul trebuie obișnuit cu o masă mai consistentă (pulpă de fructe).

Rația de lapte este acum mai mare. Dacă secreția lactată a fost suficientă pînă acum, ea se va acomoda treptat la aceste nevoi crescute.

278. Alăptarea. În cursul lunii a III-a, mulți sugari vor să mai sugă după ce au golit sînii. Aceasta poate însemna că sugarul este flămînd. Mama va face totul ca să favorizeze secreția de lapte: va avea grijă ca sînul să fie golit după fiecare supt, să bea lichide suficiente, să nu se enerveze, să se odihnească și să doarmă mult. Dacă totuși copilul nu se satură, mama va fi obligată să-i completeze alimentația.

279. Menstruația și alăptarea. La o parte din mamele care alăptează, foliculii nu se maturează în ovare; la acestea, menstruația nu revine decît după înțărcarea copilului. La multe mame, însă, ovarele își reiau activitatea mai devreme. În timpul menstruației mamei, unii sugari la sîn sînt mai agitați, sug mai prost și pot avea scaune mai grunjoase. Se pare că prin lapte se elimină niște „menotoxine", care ar fi cauza tulburărilor mai sus-amintite. Dovada ar constitui-o observația că frunzele de mușcată se ofilesc repede cînd se pun într-un pahar cu lapte de mamă din timpul menstruației, spre deosebire de laptele obișnuit, în care frunzele de mușcată își mențin prospețimea și culoarea.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă a survenit o nouă sarcină în perioada de alăptare, medicul va decide momentul întărcării.

280. Alimentația artificială. Laptele se va da în luna a III-a tot în concentrația din luna a II-a (2/3 laptele de vacă și 10% laptele praf „Rarăul" sau „Mureșul"). La anumite preparate comerciale se trece la o treaptă de concentrație, conform indicațiilor din prospectul de însoțire.

281. Rația necesară este, în medie, de 850 — 1000 ml în 24 de ore, adică 170—200 ml pe masă.

282. Completări mai consistente. Acum, sugarul este în stare să digere și alimente mai consistente. La 3 luni, copilul este mai flămînd, iar alimentele mai consistente sînt mai sățioase. În plus, se aduce o îmbogățire a meniului, iar copilul se obișnuiește să mănînce cu linguriță (vezi punctele 413, 419, 420).

Prima masă mai consistentă reprezintă pentru mamă și copil o schimbare substanțială. Alimentul nou se dă încet și cu răbdare. Copilul va fi ajutat să se obișnuiască cu gustul și consistența noului aliment.

Sugarul învață numai treptat să ducă alimentul de la vîrful către baza limbii. La început este foarte neîndemînatic și devine nerăbdător.

Consistența primului aliment se adaptează vîrstei copilului; se începe cu o consistență foarte scăzută, apoi se îngroașe treptat. Trecerea se face cel mai bine cu un măr de bună calitate, ras pînă devine spumos. Pe lîngă sucul care se scurge în jgheabul de la marginea răzătoarei de sticlă, pulpa rasă de măr se diluează eventual și cu puțin lapte. Se dă înaintea mesei propriu-zise, folosind o linguriță de material plastic.

Mama se poate aștepta ca la început copilul să scoată aproape totul din gură, pînă se obișnuiește cu noul mod de a mînca. Dacă se încearcă cu răbdare și se repetă mereu acest lucru, sugarul va reuși în curînd să rețină ceva din noul aliment. Dacă după cîteva minute de încercări nu se obține nici un progres, se renunță pentru moment și se reîncepe a doua zi.

Mama nu trebuie să-și piardă curajul!

După ce un copil a învățat să înghită, este important ca alimentul oferit de mamă să fie primit cu plăcere. De aceea, pentru început, pireul de măr crud ras este cel mai potrivit. Se poate da o jumătate de măr dintr-o dată. După cîteva zile se adaugă pesmet de pîine albă (sau biscuiți) înmuiat în lapte (sau chiar ceai) și amestecat cu mărul ras. Se crește treptat cantitatea, pînă la un măr întreg amestecat cu 2—3 biscuiți, așa încît să se ajungă la înlocuirea unei mese întregi de lapte cu o masă de fructe cu biscuiți. Se vor folosi numai mere de bună calitate (Jonathan), bine coapte, care au celuloză mai puțină și aciditate mai redusă. La măr se poate adăuga puțin sirop de zahăr. Dacă există pe piață, bananele sînt tot atît de bune ca și merele.

La sugarii sănătoși cu tendința la constipație se poate folosi un pireu de fulgi de ovăz cu fructe.

Masa de fructe se fixează de către mamă în funcție de:

— ora la care copilul este flămînd;

— timpul pe care mama îl are la dispoziție ca să se ocupe de pregătirea pireului.

Din practică, ora cea mai potrivită este 10 dimineața (a doua masă).

Mai tîrziu, în al II-lea semestru de viață, sugarul va ajunge să aibă 3 mese consistente.

Este preferabil ca alimentul consistent să se dea înaintea laptelui. Dacă copilul este flămînd, îl primește mai bine, chiar dacă este neobișnuit iar alimentul este mai greu de înghițit.

Scanned with OKEN Scanner

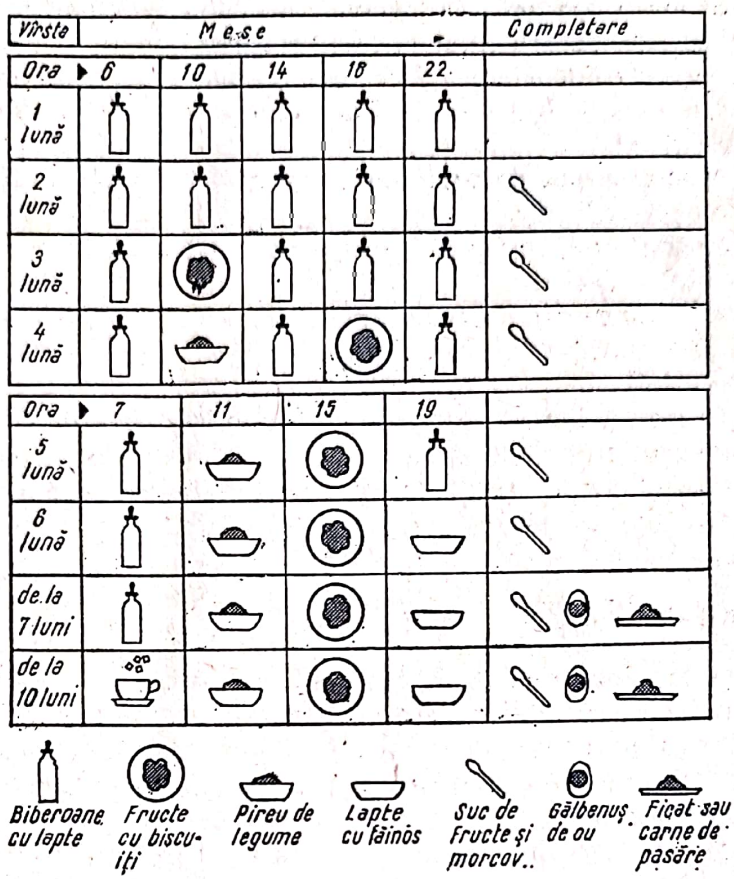


Fig. 43. Schema diversificației alimentației (după Silver și Kempe).

Dacă foamea și agitația sînt prea mari, se poate da jumătate din porția de lapte și apoi se încearcă cu pireul.

În cazul cînd sugarul primește din pireu o cantitate care echivalează cu o masă de lapte, nu i se mai dă, desigur, lapte.

283. Ce fructe se pot da copilului, și sub ce formă. În funcție de sezon și de toleranța digestivă a copilului se pot da: mere, caise, piersici, zmeură, fragi. O presă de fructe simplifică munca; altfel, fructele se taie și se pasează printr-o sită.

Fig. 44. Alimentația mai consistentă se administrează cu linguriță.

Dacă se începe cu un fruct nou, se dă la început o cantitate mică (o linguriță). Se crește treptat cantitatea și se dă același fruct zilnic, timp de 4—5 zile. După ce se stabilește toleranța față de noul fruct, acesta poate fi dat alternativ cu altele, verificate anterior că sînt primite bine.

Scanned with OKEN Scanner

284. Se pot folosi conserve de fructe. Pireurile (în limba germană „Brei") de fructe special preparate pentru copii sînt foarte comod de folosit, dar sînt mult mai scumpe și nu se găsesc totdeauna pe piață. Se pot da fără nici o teamă! Pe cutiile conservelor respective este obligatorie precizarea „pentru copii" și vîrsta de la care se pot da fără riscuri.

285. Cîte fructe se pot da copilului? În general, o masă de fructe cu biscuiți poate conține pînă la 200 ml.

Dacă se dau conserve, restul poate fi păstrat în borcan închis, într-un frigider bun, dar numai pînă a 2-a zi.

286. Fructe ce nu se dau sugarului. Nu se indică prune și cireșe, deoarece pot declanșa dureri abdominale și diaree. Cu prudență se dau perele, strugurii (diaree) și căpșunile (urticarie!).

287. Poziția copilului la alimentație este foarte importantă. Se așază copilul în brațe și se imobilizează: mîna stîngă a mamei cuprinde mîna stîngă a copilului, iar brațul drept al copilului este imobilizat între brațul stîng și corpul mamei. Capul se sprijină pe plica cotului mamei. Gîtul și pieptul copilului se acoperă cu o bărbiță.

Luna a IV-a

288. Alimentația naturală. Multe mame întreabă cum se procedează pentru a adapta secreția lactată cerinței mereu crescînde a sugarului. Atîta timp cît copilul este mulțumit, mama nu va face nimic. Același regim alimentar, aceleași lichide ingerate și aceeași tehnică alimentară fac posibilă adaptarea secreției lactate. Copilul primește tot 5 mese pe zi.

289. Ablactarea durează zile sau săptămîni (vezi la tehnici punctul 353). Este preferabilă metoda prelungită: mama se resimte mai puțin, iar copilul se obișnuiește mai ușor cu biberonul.

Se înlocuiește un supt cu un biberon cu lapte de vacă 2/3 (sau lapte praf 10%, sau un preparat comercial corespunzător vîrstei). Dacă sugarul a primit în fiecare zi cîte o masă de lapte de vacă sau de lapte praf, se înlocuiește în săptămîna următoare încă un supt. Se constată că în a 2-a — a 3-a săptămînă copilul nici nu mai dorește sînul, deoarece mama are din ce în ce mai puțin lapte. Alți copii renunță mai greu la sîn și sug viguros, chiar cînd mai este puțin lapte.

Înțărcarea treptată duce la dispariția lentă a secreției, fără tulburări pentru mamă. Dacă femeia simte în sîni tensiune și puțină durere, ea poate pune copilul să sugă puțin, fără a goli sînul complet, sau se mulge cu mîna.

Pentru completări vezi capitolul al IV-lea, punctul 349 și următoarele.

290. Alimentația artificială. Se continuă alimentația de pînă acum. S-ar putea ca sugarul să primească mai puțin lapte decît în luna trecută, datorită faptului că acum își potolește foamea cu alimente mai consistente. În afară de aceasta, cantitatea de lichide necesare pe kilogram/corp scade pe măsură ce copilul înaintează în vîrstă (dacă nu ar fi așa, un adult de 68 kg ar trebui să bea circa 13 litri lichide pe zi!). Copilul nu va fi obligat să bea mai multe lichide decît dorește. El va continua să crească în greutate chiar dacă mănîncă mai puțin.

Ca și în lunile anterioare, copilul va fi ținut în brațe în timpul mesei, căci el are în continuare nevoie de afecțiune și de protecție, pe care le simte cu acest prilej. În același timp, pentru sugar este mult mai ușor să tragă dintr-un biberon ținut de mamă, care i-l poate retrage cînd observă că laptele nu curge cum trebuie.

Scanned with OKEN Scanner

291. Introducerea zarzavaturilor se începe cînd copilul își mănîncă bine pireul de fructe cu biscuiți. De obicei, acest deziderat se realizează în luna a IV-a. Se începe cu morcovii, care sînt bine tolerați și au un conținut mare de vitamină A, vitamină C și săruri minerale.

Morcovii se spală, se curăță, se fierb bine (pînă se sfărîmă ușor) cu apă puțină (dacă scade mult se completează mereu, pentru a nu fierbe în sec) și se trec printr-o sită. În prima săptămînă se dau ca atare, apoi se îmbogățesc cu un rîntaș preparat din 5—10 g unt și 1 linguriță de griș sau de făină rumenită. În lunile următoare se pot adăuga cartofi fierți, unt crud și se asociază cu proteine (carne, gălbenuș de ou).

Se va proceda ca și la masa de fructe, dîndu-se la început cîteva linguriițe înaintea mesei de prînz. Pentru reușită sînt necesare din partea mamei: răbdare și îndemînare.

Se crește cantitatea pînă se acoperă o masă întreagă, alcătuită din 150—200g (2 părți morcovi + 1 parte cartofi sau griș + 5—10 g unt.).

Este de preferat să se prepare această masă din zarzavaturi proaspete și de bună calitate. Conservele de zarzavat preparate pentru sugari se vor da numai la indicația medicului. Înainte de întrebuințare se încălzesc ușor. Borcanul se deschide și se pune într-o cratiță cu apă fierbinte. Copiii primesc, de obicei, alimentele călduțe.

Există o mare variație în preferințele copilului în ceea ce privește cantitatea de pireu și gustul acestuia. Mama nu va forța copilul, ci va căuta să prepare pireul în funcție de preferințele lui: eventual mai moale (un fel de supă pasată), îndulcit cu zahăr, „acrit" cu puțin suc de lămîie etc.

Numai după ce a învățat să primească masa de morcovi se poate trece la un alt zarzavat: spanac, gulii mici, cartofi, conopidă. Mazărea și fasolea verde sînt ușor meteorizante (balonează ușor) așa că se dau mai tîrziu.

Pentru modul cum se prepară pireurile de zarzavat, vezi capitolul al IV-lea punctele 381, 422, 424, 425, 426.

Unii copii refuză orice fel de zarzavat. Trebuie încercat în repetate rînduri. Multe mame sînt tentate să-l scoată complet din meniu; această masă nu este o soluție comodă, dar organismul sugarului are nevoie, neapărat, de substanțele conținute în zarzavaturi.

În astfel de situații se lasă la o parte complet masa de zarzavat, timp de 6—7 zile, și se reîncepe apoi cu morcovi îndulciți cu puțin zahăr. Mulți copii primesc mai bine *pireul de morcovi* dacă acesta se diluează (1 parte de pireu de morcovi + 2 părți de apă), *și se dă cu un biberon cu o tetină cu orificiu larg*. Alți copii primesc pireul dacă este amestecat cu griș.

Ulterior, dacă sugarul a ajuns să mănînce și alte soiuri de zarzavaturi, acestea se pot da și amestecate (cartofi, gulii, albitură, foi verzi). Copilul nu va fi forțat să primească un amestec care conține un zarzavat care nu-i place.

Luna a V-a

292. Numărul meselor. La copiii care se dezvoltă bine și la copiii grași (păstoși, cu tendință la obezitate), numărul meselor va fi redus la 4 în 24 de ore. Majoritatea copiilor, și îndeosebi cei debili, continuă să primească în 5 mese în 24 de ore. Distroficilor și convalescenților li se pot da 6 mese/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă se adoptă orarul de 4 mese, mesele se repartizează cel mai bine la orele 7, 11, 15, și 19. Dimineața și seara copilul va primi un preparat cu lapte, la 11 masa de zarzavat, iar la 15 masa de *fructe* cu biscuiți.

Cantitatea de lapte nu va depăși 600 ml/zi.

293. Alimentația naturală. Se va continua alăptarea la 2—3 mese, dacă mama are lapte, dacă-i face plăcere să alăpteze și dacă sugarul crește în greutate.

294. Grișul cu lapte. În luna a V-a se introduce laptele cu griș; se prepară adăugînd la 200 ml lapte integral 8—10 g griș și 10 g zahăr. Ulterior, cantitatea de griș se crește la 20 g griș la 200 ml lapte integral. Cantitatea de griș cu lapte va fi de 200—250 ml, în funcție de apetitul și toleranța copilului. (vezi punctele 378 și 407).

Biberonul de griș cu lapte se administrează la ultima masă din zi, dacă sugarul este hrănit artificial, și după amiază, dacă este încă alăptat.

Este un preparat pe care sugarii îl mănîncă de obicei cu plăcere. La noi în țară unele mame și asistente de ocrotire au tendința de a introduce grișul cu lapte mai devreme, spre deosebire de străinătate, unde o serie de autori (Silver și Kempe în S.U.A.; Droese, Stolley, Wiskott în R.F.G.; Liebe în R.D.G.) îl indică începînd cu luna a VI-a.

La sugarii păstoși, foarte grași se întîrzie introducerea făinoaselor în regim, deoarece acestea conțin multe calorii.

Variația regimului. În luna a V-a se mai poate da, dacă sugarului îi place, supă de oase (de vițel, de vită) cu griș, amestecată cu morcovii pasați. Supa folosește ca lichid de diluție (2/3) la pireul de morcovi (1/3).

Luna a VI-a

295. Alimentația naturală. Ceea ce am spus mai înainte rămîne valabil. Mama poate alăpta atîta vreme cît acest act o bucură, iar copilul este mulțumit și crește în greutate.

De altfel, copilul nu mai primește decît 2 mese de sîn, celelalte trei fiind înlocuite cu: pireu de fructe (mere rase) cu pesmet sau biscuiți, pireu de morcovi (sau morcovi + cartofi) și lapte cu griș. Pentru a-și menține secreția lactată, la unele sau la toate aceste trei mese mama mai poate „completa", punînd pentru cîteva minute copilul la sîn.

Dacă laptele nu este în cantitate suficientă, copilul poate fi înțărcat fără grijă. Uneori, copilul pierde interesul pentru sîn, lucru ce poate fi interpretat ca un semnal pentru înțărcare.

296. Laptele integral. Începînd cu luna a VI-a, deci după împlinirea vîrstei de 5 luni se poate da lapte integral.

De fapt, există mai multe opinii în ceea ce privește concentrația laptelui ce se dă sugarului:

a) Prima opinie, însușită în ultimii ani de școala românească, este:
— prima lună — lapte de vacă diluat 1/2 sau lapte praf 6%;
— lunile a II-a și a III-a — lapte de vacă 2/3 sau lapte praf 8%;
— peste 3 luni — lapte de vacă integral sau lapte praf 12,50%.

b) A doua opinie, adoptată încă de pediatri foarte bine cunoscuți în pediatria actuală (Silver și Kempe în S.U.A.; Keller, Wiskott, Droese, Stolley, Harnack,

Scanned with OKEN Scanner

Opitz în R.F.G.), susține să se înceapă cu laptele integral în cursul lunii a VII-a, cînd funcțiile digestive au evoluat suficient pentru a tolera un efort mai mare.

c) O opinie avantgardistă a apărut în Franța, fiind susținută îndeosebi de profesorul Jean Roger; acesta afirmă că sugarii tolerează laptele integral din luna a II-a.

Noi indicăm o linie de mijloc:

— Prima lună diluție 1/2 (6%);

— lunile a II-a și a III-a diluție 2/3 (8%);

— lunile a IV-a și a V-a diluție 3/4 (10%);

— din luna a VI-a — lapte integral (12,5%). De fapt, trecerile de la o concentrație la alta se vor face treptat, în decurs de cîteva zile, folosind pe cît posibil, nu linguriță, ci o mensură de material plastic de 5 g (1 1/4 mensuri în luna I; 1 2/3 mensuri în lunile a II-a și a III-a; 2 mensuri în lunile a IV-a și a V-a; 2 1/2 mensuri din luna a VI-a).

Concentrația laptelui praf se fixează individualizat în funcție de:

— curba ponderală a copilului (cel mai important criteriu);

— toleranța digestivă (scaune, vărsături);

— apetit (dacă sugarul nu se *satură*, se crește concentrația laptelui și nu cantitatea de lapte diluat!). Laptele se diluează numai conform prescrierii făcute de medic.

297. Creșterea concentrației laptelui cu griș. Se pot da 200 ml lapte integral cu 20 g griș și 10 g zahăr, în funcție de apetitul copilului.

În loc de griș, se poate prepara laptele cu zeamil (4%).

298. Alte modificări. La sugarii sănătoși, la indicația medicului se poate începe administrarea gălbenușului de ou și a cărnii.

Luna a VII-a

299. Alimentația naturală se menține numai facultativ, în funcție de indicațiile medicului pediatru care a supravegheat și cunoaște bine pe copil și pe mamă.

300. Laptele degresat sau diluat se menține numai la copiii-problemă, sub controlul medicului și al asistentei de ocrotire.

301. Cantitatea de lapte în 24 de ore este de 500—600 ml. Copilul care bea mai mult lapte arată mai gras, dar, ca urmare a alimentației unilaterale, apar semne de carențe. Cu timpul devin anemici și receptivi la infecții.

302. Alimentația consistentă. Treptat, se va adăuga la pireul de zarzavat, de 3 ori pe săptămînă, carne (de viței, de pasăre, de vită, ficat) fin tocată și, de 3 ori pe săptămînă, gălbenuș de ou.

Unii copiii tolerează mai devreme, atît carnea, cît și oul, dar majoritatea medicilor dau carnea cu multă prudență, deoarece aceasta, asociată la alimentația lactată, suprasolicită funcțiile metabolice ale sugarului.

În luna a VII-a este important ca sugarul să primească ficat, carne, gălbenuș de ou, pentru aportul de fier, care-l ferește de anemie. În condiții normale, sugarul are la naștere depozite suficiente de fier pentru 3—5 luni. După aceea primește puțin fier din fructe și zarzavaturi. Acum rezervele sînt însă epuizate și este necesar aportul de fier prin carne și gălbenuș de ou.

Carnea de vițel, pieptul de pasăre (fără piele) și ficatul se fierb și se toacă foarte mărunt. Vezi modul de preparare în capitolul al IV-lea. Se adaugă la pireul de zarzavat cîte 1/2 linguriță, crescîndu-se apoi pînă la 2—3 lingurițe.

Scanned with OKEN Scanner

Nu se dă sugarului carne mai grasă (porc, rață, gîscă, grăsimea de la șuncă), deoarece aceasta se digeră greu.

Dacă sugarul nu vrea să primească carne, se renunță timp de cîteva zile și se reia cu alt sortiment de carne sau cu ficat.

Din a II-a jumătate a anului, sugarul trebuie să primească în mod regulat gălbenuș de ou. În zilele fără carne se va da cîte o jumătate de gălbenuș de ou proaspăt, bine fiert și amestecat cu pireul de zarzavat.

Dacă un sugar refuză cu încăpățînare să primească carnea și gălbenușul de ou se va consulta medicul dacă nu este cazul să recomande un medicament care conține fier.

303. Porțiile de aliment consistent vor fi la început de 150—200 g, apoi se vor crește la 200—250 g. Este mai bine să se înceapă cu porții mici, pe care copilul le primește cu plăcere.

Începînd de la această vîrstă, copiii savurează masa și cu ochii. Mama va avea grijă ca mîncarea să arate apetisant și să fie servită dintr-o farfurie drăguță, totdeauna aceeași.

304. Mișcările de masticație apar la cei mai mulți copii între 6 și 10 luni.

Cînd încep să aibă mișcări de masticație, se va încerca și cu alimente de consistență mai crescută. Zarzavaturile nu se mai trec prin sită, ci se fărîmă bine cu furculița. Mai tîrziu zarzavaturile se toacă mărunt. În acest fel se ușurează trecerea spre o alimentație normală.

Este foarte important să se înceapă administrarea de alimente consistente de îndată ce copilul este dispus să le primească, deoarece sugarii care continuă să fie hrăniți cu alimente pasate, deși ar putea să le mestece, vor ajunge să refuze vreme îndelungată tot ce nu este pasat.

Unii încep să apuce singuri alimentele cu degetele, pentru a le suge și a le morfoli. Este un exercițiu excelent în vederea folosirii ulterioare a linguriței. Un copil căruia nu i se permite niciodată să mănînce cu degetele nu va avea niciodată dorința de a le folosi. La început își va murdări mîinile, fața, părul, obiectele din jur, dar se știe că orice început este greu. Pentru copil este o nouă etapă în cucerirea mediului înconjurător și a independenței. I se poate da din cînd în cînd un biscuit sau o coajă de pîine, fără ca acestea să înlocuiască o masă. Scopul este să aibă ceva de rontăit atunci cînd îi ies dinții. Cînd coaja se înmoaie sau îi cade jos se înlocuiește cu alta. Din cînd în cînd i se oferă puțină pîine cu unt.

Luna a VIII-a

305. Dacă sugarul vrea să țină sau să atingă biberonul în timp ce bea, va fi ajutat s-o facă. Poate fi luat în brațe sau, dacă preferă, poate fi lăsat să bea singur, stînd culcat sau șezînd. Atunci cînd copilul încearcă să bea singur din biberon, mama va sta lîngă el, ajutîndu-l să aibă o poziție cît mai stabilă (cea mai plăcută și mai comodă poziție este cînd este ținut în brațe), va sprijini și va înclina biberonul ca să nu înghită aer.

306. Nu se dă albuș de ou, pentru că poate pricinui o hipersensibilitate la copiii care au această tendință. Cel mult, la sugarii care nu au nici un episod de erupție a pielii în trecut, se introduc albușul înglobat în „zdrențe de ouă" în supă. În lunile următoare, albușul se folosește la prepararea unor creme, papanași, budinci.

Scanned with OKEN Scanner

La această vîrstă, numai gălbenușul este un element nutritiv esențial, pentru conținutul său în fier, vitamine, proteine și grăsimi cu valoare biologică mare.

307. Fructe conservate. Dacă familia are fructe conservate în casă (compot de mere, compot de gutui, pastă de mere, pastă de măceșe, gem de caise) printr-un procedeu sigur și păstrate în condiții optime, se pot da fructele fără coji și strivite cu furculița. De asemenea, se pot da *fructe proaspete fierte*, strivite și îndulcite cu sirop de zahăr. Eventual se amestecă cu pesmet de pîine sau biscuiți opăriți și bine sfărîmați, adăugîndu-se și brînza de vaci preparată în casă (vezi punctul 385).

308. Scaunele de fructe și de zarzavaturi. Reamintim că în cazul alimentației cu fructe sau zarzavaturi, scaunele conțin celuloză nedigerată, avînd culoarea și aspectul modificat față de aspectul scaunului de lapte. Multe mame se neliniștesc, bănuind că sugarul nu poate mistui unele alimente sau că fructele sau zarzavaturile respective ar fi fără valoare, fiind nedigerabile. Trebuie să se știe că organismul reține și utilizează toate substanțele cu valoare biologică (vitamine, săruri minerale, glucide, proteine).

După ce se introduc fructe și zarzavaturi mai multe, numărul de scaune poate să crească cu 1—2 pe zi și să apară un eritem fesier. Nu este un motiv de alarmă, dacă scaunele sînt consistente și nu sînt mai multe de 3 în 24 de ore.

309. Celuloza însăși este importantă pentru sănătatea copiilor. Experimental s-a dovedit că păsările sau animalele cărora li se dădea o hrană conținînd toate principiile alimentare de bază (proteine, glucide, grăsimi) și accesoriile necesare (săruri minerale, vitamine, lichide) prezentau deficiențe mari în creștere. Simplul adaos de celuloză fin divizată aducea restabilirea curbei ponderale și revenirea la un aspect general normal al păsărilor sau animalelor de experiență. Celuloza și alte materii similare poartă numele de „substanțe de lest", constituind o componentă obligatorie într-o alimentație corectă. Celuloza îndeplinește și alte funcții în digestie.

310. În ultimul trimestru al primului an de viață, *oul* și *carnea* sînt principalii *furnizori de fier*, care contribuie la formarea globulelor roșii, așa că sugarii care nu le primesc din diverse motive devin anemici (vezi capitolul al VI-lea).

În afară de carne și gălbenuș de ou, dintre alimentele care conțin fier și care se pot da la această vîrstă reamintim morcovii, merele, caisele, piersicile, fasolea, salata, pătrunjelul, spanacul, cartofii.

311. Meniul poate fi lărgit cu fulgi de ovăz, de orez sau paste făinoase fine. Din cînd în cînd, i se poate da la desert budincă de jeleu de fructe. Copiii apreciază atît gustul, cît și culoarea vie a acestor budinci. Din cînd în cînd, i se poate oferi puțină pîine cu unt.

Luna a IX-a

312. Se poate renunța la biberon pentru administrarea laptelui?. Înainte de a putea renunța la biberon, copilul trebuie să fie mai întîi în stare să bea laptele din pahar, fără dificultate. De aceea, din cînd în cînd se încearcă să i se dea să bea dintr-o ceașcă. Mulți copii trec foarte ușor de la biberon la ceașcă; alții nu se despart nici mai tîrziu de el. Abia spre sfîrșitul primului an de viață ar trebui să se renunțe la biberon. Sînt copii, mai ales fetițe, care timp de cîțiva ani nu primesc laptele decît din biberon.

Scanned with OKEN Scanner

313. Alimente tocate. La orice sugar sănătos este timpul să se dea și alimente tocate, pentru a învăța să le mănînce. Dacă se amînă, s-ar putea întîmpla ca și după un an copilul să ceară să i se dea numai alimente pasate, care nu-i cer nici un efort.

Chiar la sugarii la care nu a apărut nici un dinte, gingia și saliva sînt suficiente pentru a putea mesteca hrana mai consistentă.

Luna a X-a

314. Spre sfîrșitul primului an de viață, **multor sugari nu le mai place laptele.** Nu se va insista și mai ales *nu se va forța!* Se încearcă dacă preferă laptele cu cafea de orz. S-ar putea să fie și numai o repulsie trecătoare, care dispare de la sine după cîteva zile.

315. De asemenea, sînt copii care **refuză** să primească, și în această lună, **alimentele din ceașcă.** După cîteva încercări nereușite se renunță și se reia după 1—2 săptămîni. În prima perioadă copilul va „pierde pe drum", vărsînd o mare parte din alimentul pus în pahar. Pare să fie o parte din procesul lui de deprindere. Se evită vărsarea *de prea* mult lapte, turnînd în pahar o cantitate mai mică.

La recalcitranții inveterați nu rămîne decît biberonul, folosindu-se alimente foarte fin pasate, care să poată trece printr-o tetină cu orificiu foarte larg.

Luna a XI-a

316. Acum sau în luna următoare **se poate începe să i se dea sugarului,** din cînd în cînd, **din mîncarea care se pregătește pentru restul familiei.** La această vîrstă copiilor le plac mîncărurile pe care le pot duce singuri la gură: legume fierte cum ar fi morcovii, cartofii, fasolea. Se pot da și fructe crude: mere, zmeură, piersici decojite, afine, tomate etc., pasate, strivite sau fin tocate.

Supele și pireurile se pot prepara cu multe zarzavaturi, inclusiv țelină, conopidă, dovlecei, sparanghel, dar nu prea sărate și fără condimente.

Luna a XII-a

La un an (și nu mai înainte!) se pot da *o mare parte* din mîncărurile ce se gătesc pentru întreaga familie. Atîta timp cît primește zilnic legume, fructe și lapte, se poate ține seama de preferințele copilului. Bineînțeles se va întocmi un meniu echilibrat. Majoritatea copiilor preferă o alimentație simplă, bine pregătită, dar nu prea condimentată.

317. Alimente interzise. Nu se dau copilului: cafea naturală, ceai rusesc concentrat, mîncăruri condimentate, salam, slănină, pește afumat, băuturi alcoolice, murături.

De asemenea, nu sînt indicate leguminoasele (lintea, fasolea, mazărea) și varza.

Nucile mici, alunele, pufarinele, bomboanele tari și fulgii de cereale pot duce la sufocarea copilului, dacă ajung în trahee.

318. Sandvișurile. Sugarilor care au „învățat" să mestece bine, la 11—12 luni li se poate da dimineața, la cafeaua cu lapte, o tartină cu unt sau cu o pastă moale de

Scanned with OKEN Scanner

fructe (măceșe, mere). Este important să i se dea o pîine mai veche. Spre sfîrșitul lunii a XII-a se încearcă și pîinea neagră. Pe pîine se poate pune, pe lîngă unt, brînză de vacă sau partea slabă din șunca presată. De acum înainte, copiii preferă variația.

Jocul și jucăriile

319. Jocul nu este o pierdere de vreme, ci are semnificația unei preocupări serioase, fiind tot atît de important pentru copil ca munca pentru adult. Pentru copil jocul înseamnă un prilej de a-și mări îndemînarea, de a-și cultiva imaginația și puterea de concentrație. Astfel, jocul contribuie la dezvoltarea globală a copilului.

Părinții sînt datori să asigure copilului timp, liniște pentru joc și jucării adecvate.

320. Perioada 2—4 luni. Încă din luna a II-a, cînd sugarii se trezesc din somn sau după ce mănîncă, mai ales în orele de după amiază, ei încep să dea dovadă de atenție și de dorință de companie. Între luna a II-a și a IV-a, le place să observe obiecte care se mișcă și obiecte de culoare vie. Cînd sînt afară se uită la frunzele și umbrele copacilor; în casă, își privesc mîna sau desenele de pe pereți.

Se va suspenda o ghirlandă de obiecte colorate de marginea de sus a laturilor patului, dar nu deasupra nasului, ci în dreptul mîinilor copilului. Mama însăși poate înșira pe o sfoară diferite cartonașe colorate, pe care le atîrnă de tavanul camerei, unde cel mai mic curent de aer le va agita. De mult succes se bucură unele obiecte de bucătărie, din material plastic, colorate (cești, solnițe, linguriță), atîrnate pe o sfoară de marginile patului.

321. Perioada 4—9 luni. Capacitatea de a se juca se lărgește de îndată ce copilul învață să apuce. De acum el caută forme de joacă noi, care să-i ofere satisfacții noi. Apucă obiecte, le pipăie, le strînge în mîini, le aruncă și încearcă să le apuce din nou. Obiectele sînt mișcate încoace și încolo, copilul se ocupă tot mai mult de ele. La această vîrstă, trei lucruri îl interesează în mod preponderent: o jucărie sunătoare, două cuburi, două bețe.

În legătură cu sensul jocului au apărut numeroase teorii. La vîrsta de 8—9 luni ne putem da seama cel mai ușor că nu numai excesul de energie sau plăcerea de a acționa sînt forțele motrice ale jocului. Perseverența, seriozitatea și participarea afectivă ale sugarului ne fac să presupunem că este vorba de trăiri de o importanță fundamentală. Nu știm sigur ce se petrece în mica făptură, dar bănuim ceva din ceea ce îl satisface și pe omul matur, sănătos, anume că activitatea și faptul că e familiarizat cu ceea ce face, îi oferă plăceri, bucurie, că mai importantă este trăirea decît exersarea, latura formativă a jocului.

322. Perioada 9—12 luni. Jocurile de „apucare" ale copilului de 9—10 luni arată îndemînarea crescîndă. Șezînd, copilul poate întinde în jurul lui o mulțime de obiecte, jucîndu-se pe rînd cu ele. La un an, el poate urmări ce se întîmplă cu jucăriile. El trage spre el un animal pe rotițe și-l lasă să plece iar, se bucură de „hopa-Mitică" și de zgomotul pe care-l face. „Prelucrează" o cutie metalică cu o lingură de lemn. Cu multă pasiune introduce obiecte mai mici în altele mari. Se recomandă așa-numitele „piramide din cuburi".

Cu multă plăcere joacă, cu un adult, jocul „cucu".

323. Jucării adecvate sugarului. Jucăriile vor trebuie să fie totdeauna curate, și vor fi astfel selecționate (forma, mărimea și materialul) încît copilul să nu se poată răni.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru protejarea dezvoltării psihice se vor da jucării simple și nu mai mult de 1—2 bucăți deodată. Supraînzestrarea cu jucării este la fel de dăunătoare ca supraalimentația propriu-zisă.

Nu se vor lăsa la îndemîna copilului:

— obiecte acoperite de o pictură care conține plumb;

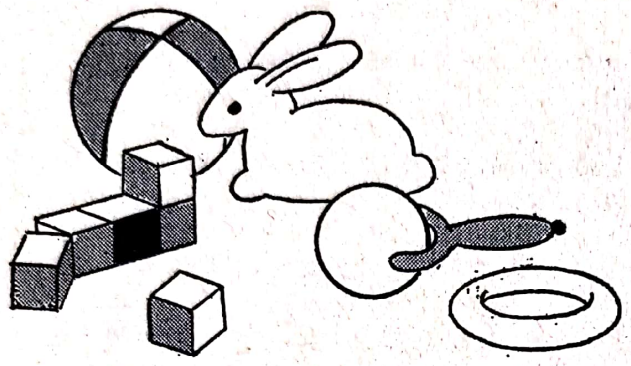


Fig. 45. Jucării adecvate pentru sugar.

— jucării de celuloid care, dacă sugarul le morfolește, se sparg în bucăți mici, tăioase;

— bile de sticlă, rulmenți de metal, nasturi pe care copilul îi poate inhala, riscînd să se sufoce;

— obiecte tăioase sau ascuțite (ace, furculițe, cuie, cuțite);

— păpuși sau obiecte de îmbrăcăminte cu păr de iepuri de angora;

— jucării ale fraților mai mari (pericol de infecție);

— flacoane sau sticle cu medicamente, oricît de ermetic ar părea închise;

— orice jucării care nu se pot spăla.

Dintre jucăriile potrivite se pot cita:

a) *2—4 luni*: obiecte colorate, suspendate; bucăți de țesătură cerată; jucării sunătoare (inele, bile); păpuși de cauciuc sau de material plastic; animale care „cîntă".

b) *4—7 luni*: obiecte de apucat sunătoare, clopoței; unele „de mușcat"; minge sau rățușcă pentru baie, din celuloid; bucăți de hîrtie foșnitoare; cutii bine închise.

324. 7—10 luni. Copilul este, în continuare, foarte preocupat să învețe tot ce poate face cu mîinile. De aceea, jucăriile care l-au captivat la vîrsta de 7 luni îl vor interesa încă: animale sau păpuși din cauciuc, animale sau păpuși sunătoare, linguri din plastic de diferite culori, cuburi, mosorele, clopoței, mingi colorate, pahare sau cești din material plastic, farfurii colorate din lemn, animale pentru baie.

Acum îi place să-și combine diferite jucării, de exemplu: să suprapună cuburi, să introducă pahare unul într-altul; uneori îi place foarte mult o cutie goală, în care-și poate băga și scoate pe rînd toate jucăriile.

Tarcul constituie cadrul cel mai comod și mai sigur pentru un sugar de 7—12 luni, a cărui mamă se ocupă de gospodărie și de alți copii (vezi punctul 458).

325. 11—12 luni și începutul anului al II-lea. În general, copilul se va mulțumi cu vechile jucării. Obiectele foarte simple îi oferă noi posibilități de a se juca. Este fascinat de posibilitatea de a introduce un obiect în altul. Cuburile compacte sau goale, ca și diverse obiecte de bucătărie, îi declanșează entuziasmul. Ocupația preferată rămîne golirea și „rearanjarea" sertarelor. Îi plac unele obiecte mari, pe care se poate urca sau pe care le poate deplasa. De o simpatie deosebită se bucură acele jucării pe care le poate trage după el, de o sfoară, permițîndu-i să meargă și să se joace în același timp.

Încep să-l intereseze cărțile simple, cu animale frumos colorate.

Spre jumătatea celui de al II-lea an de viață, copilul va fi captivat de apă și nisip; jocul este și mai interesant cînd are la îndemînă cîteva obiecte simple (sită, lopățică, greblă etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Dacă se cumpără jucării, se va ține seama, de acum încolo, că un copil are nevoie pînă la vîrsta școlară, de jucării care trebuie să realizeze trei elemente:

— pentru mișcare;
— pentru elaborare;
— pentru a fi iubite.

De aceea este bine să primească în curînd o păpușă sau un urs.

Mai ales după un an, existența unei „expoziții" de jucării, și mai ales de păpuși, așa cum se obișnuiește în unele familii, are efecte negative asupra comportamentului și caracterului copiilor.

326. Jocul cu animalele domestice. Nu are voie să se joace cu cîinele și pisica.

327. Jocul cu frații. Dacă frații sînt cu cîțiva ani mai mari, jocul este permis, dar cu următoarele precizări:

— nu-l vor lua în brațe;
— nu-l vor purta pe scări;
— nu-i vor băga nimic în gură.

Copiii sub 3 ani se vor juca cu cel mai mic numai sub directa supraveghere a părinților.

Încăperea în care se joacă copii va îndeplini următoarele condiții:

— ferestrele vor fi bine închise;
— prizele electrice vor avea dispozitive de siguranță;
— nu vor rămîne la dispoziția copiilor obiecte ascuțite, lichide fierbinți, medicamente, substanțe de uz casnic potențial toxice (detergenți, insecticide, băuturi alcoolice);
— mobilierul va fi redus la minimum necesar;
— podeaua nu va fi alunecoasă.

328. Rolul părinților. Din luna a II-a, părinții își pot programa, la o anumită oră din zi, o perioadă scurtă pentru joc, în care copilul să simtă și să savureze atenția și căldura afecțiunii. Tatăl va participa de asemenea, pentru că este indicat să se încurajeze comunitatea dintre tată și copil.

În timpul afectat jocului, copilul va fi îmbrăcat mai ușor, pentru ca să se poată mișca în voie.

El se bucură de vocea mamei, de prezența tatălui, de mici cîntece, de clinchetul unor clopoței. Tot ce este colorat sau sonor îi face plăcere.

Viața în aer liber

329. Pe lîngă o alimentație și o îngrijire corectă, pentru o bună dezvoltare, sugarul are nevoie **de aer și de soare suficient.**

Pentru ca să se dezvolte normal, sugarul trebuie scos afară, în aer liber, în fiecare zi. Aceasta îi va da un aspect de sănătate, obraji roșii și poftă de mîncare. Aerul exercită asupra lui o acțiune de calmare și de călire. Este cea mai bună protecție împotriva răcelilor. Scoaterea la aer a sugarului este, din nenorocire, încă foarte des neglijată sau este practicată necorespunzător. Mai ales iarna și toamna, sugarii nu sînt scoși îndeajuns la aer.

În anotimpul cald se va începe scoaterea copilului la aer din a doua săptămînă de viață, iarna din a patra săptămînă. Copilul trebuie obișnuit treptat cu aerul liber;

Scanned with OKEN Scanner

la început va fi așezat aproape de fereastra deschisă a unei camere neîncălzite. După vîrsta de 1—2 luni, el trebuie să stea la aer cel puțin 2 ore pe zi, în orice anotimp și pe orice vreme. Firește, va fi protejat de vînt, de ploaie, de praf. Cînd vremea este rea va fi pus în apropierea unei ferestre deschise sau pe o verandă acoperită, ferită de vînt. Se va renunța la cura de aer numai în cazul unor boli ce se însoțesc de febră (gripă, otită medie). În alte boli, de exemplu tuse convulsivă, rujeolă etc., scoaterea la aer dă rezultate excelente; la fel, în convalescența acestor boli.

Practicată corect, scoaterea copilului la aer curat dă totdeauna rezultate bune. Se va veghea ca sugarului să nu-i fie nici frig și nici prea cald. Nu trebuie să se uite că sugarul nu este încă capabil să-și regleze singur, perfect, temperatura corpului.

330. Iarna. Sugarul va fi îmbrăcat cu două jachete de lînă și cu mănuși pe care să nu le poată scoate, iar pe cap i se va pune o bonetă de lînă. Va fi învelit cu o cuvertură călduroasă de lînă sau cu o plapumă cu puf; eventual se vor pune una sau două sticle cu apă caldă în căruciorul său. Sugarul mai mare, care se descoperă ușor, va fi imobilizat cu ajutorul unei centuri speciale. Cînd este deosebit de frig, în plină iarnă, este bine să fie pus într-un sac dintr-o țesătură de lînă, în care el poate să dea în voie din mîini și din picioare. În lipsa unui sac, va fi bine învelit, pînă la gît, cu o pătură groasă. Corect îmbrăcat și foarte bine învelit, copilul adoarme foarte repede la aerul rece; din cînd în cînd se controlează dacă nasul lui este cald. Pentru a-l schimba, firește, va fi adus într-o cameră caldă.

331. Vara se va veghea ca sugarul să nu fie prea gros îmbrăcat. În cursul zilelor foarte calde nu va fi scos din casă decît pe răcoare; de exemplu, dimineața între orele 7 și 9, iar seara între orele 17 și 20. Dacă temperatura exterioară este de peste 27° la umbră, copilul va fi ținut într-o cameră răcoroasă. Cînd soarele bate din plin pe o verandă cu geamuri sau pe balcon protejat de un acoperiș și de perdele, temperatura aerului atinge foarte repede valori foarte înalte (pericol de „supraîncălzire"). Este bine, deci, să se controleze foarte exact temperatura aerului.

Se va proteja sugarul împotriva înțepăturilor de insecte (muște, țînțari, păianjeni, viespi, albine), punînd o bucată de tifon pe coșul, patul sau căruciorul său; nu trebuie să se uite, însă, că acesta împiedică circulația liberă a aerului, ceea ce nu este plăcut, așa că nu se va recurge la această metodă decît dacă, într-adevăr, există pericolul ca sugarul să fie înțepat de insecte.

332. Expunerea la aer nu trebuie înlocuită cu „scoaterea în lume". Unele mame își plimbă copilul pe trotuare aglomerate, prin piețe sau prin magazine, pentru cumpărături. Acest lucru este interzis. Se va veghea ca nici o persoană străină să nu se apropie de el. Așa cum am amintit mai sus, cel mai bine este să fie așezat într-un loc liniștit, ferit de vînt, pe un balcon sau într-o grădină. De altfel, această metodă solicită cel mai puțin timp. Dacă totuși sugarul este scos la plimbare, se vor evita străzile zgomotoase, aglomerate, prăfuite, ca și zonele cu circulație mare de autovehicule.

La sugarul mare, mai ales dacă are tulburări de somn, este indicată o plimbare de 1—2 ore cu căruciorul printr-un parc; „legănatul" realizat de mersul căruciorului, ca și mișcările frunzelor arborilor, au un efect liniștitor. Pentru realizarea unității „copil-tată", după vîrsta de 3—4 luni ar fi indicat ca plimbarea să fie efectuată de tată. Aceasta ar constitui un prilej de destindere pentru tată, iar pentru copil un mod de a se obișnui cu figura tatălui, una din treptele obligatorii în „cunoașterea" reciprocă.

Scanned with OKEN Scanner

333. Expunerea la soare a sugarului trebuie să fie efectuată sub o supraveghere foarte strictă. În timpul iernii, soarele nu constituie nici un pericol. Dimpotrivă, în acest anotimp soarele este atît de util, încît se vor depune toate eforturile pentru ca sugarul să beneficieze de fiecare rază de soare. Dar, o dată cu primăvara, cu atît mai mult vara, sugarul va fi expus la soare numai cu o serie de precauții. Astfel, capul va fi protejat de soare. Copilul nu va fi expus la soare în timp ce doarme. Pielea copiilor mici este extrem de sensibilă și soarele provoacă rapid apariția unei zone de roșeață și chiar de vezicule. În zilele frumoase de primăvară și de vară, pielea se roșește și la umbră. De îndată ce sugarul s-a bronzat, nu mai sînt necesare atîtea precauții.

Băile de soare se pot începe într-o zi caldă de vară, fără vînt, după ce copilul a împlinit 2 luni. Copilul va fi dezbrăcat total sau parțial și va fi culcat într-un loc ferit de curenți de aer, direct la soare, protejîndu-i capul. În prima zi, expunerea durează cîte două minute pe spate și două minute pe piept. Ulterior, durata de expunere se crește treptat, pînă se ajunge la 15 minute pe fiecare parte. Avînd în vedere finețea deosebită a pielii sugarului, se va proceda cu multă prudență. Dacă anumite zone cutanate se roșesc, se întrerupe expunerea la soare pentru cîteva zile și se reia cu o durată mai mică decît cea care a produs eritemul. De asemenea, dacă sugarul devine mai agitat, nu doarme sau mănîncă mai puțin, se va consulta medicul pentru a constata dacă sugarul nu prezintă manifestări de insolație.

Dacă baia de soare se face în cameră (în fața ferestrei deschise) se procedează la fel, veghind însă ca razele să cadă direct pe copil. Prin traversarea geamului, radiațiile solare își pierd orice valoare.

334. Băile de soare pot înlocui aportul de vitamină D? Dacă în lunile de vară copilul este expus zilnic la băi de soare necesită mai puțină vitamină D. Cu toate acestea, *nu se poate renunța la această vitamină în nici un anotimp*, și mai ales iarna, cînd razele ultraviolete sînt mai puțin intense. Îmbrăcămintea sugarului, geamurile ferestrelor, funinginea și praful din aer opresc o parte din radiațiile ultraviolete.

În concluzie, în prevenirea rahitismului nu ne putem bizui numai pe soare, administrarea de vitamină D fiind obligatorie (vezi capitolul al VI-lea).

335. Greșeala cea mai gravă ce se poate face în cursul scoaterii la aer (și se comite foarte frecvent) constă în a proteja copilul de soare cu ajutorul capotei cărucior ului sau printr-un coviltir improvizat dintr-o țesătură. Prin aceasta se privează copilul și de aer și de lumină; cura de aer nu mai este decît o iluzie și nu trebuie să mire pe nimeni dacă nu se obține nici un succes, iar copilul devine palid și rahitic. De altfel, sub coviltirul de mușama se produce o temperatură ridicată, dezagreabilă. Se va prefera un loc semiumbrit.

Gimnastica sugarului

336. Pentru sugarul sănătos nu sînt necesare exerciții de gimnastică speciale; el face gimnastică din proprie inițiativă: dă din picioare, din mîini etc., cu condiția ca mișcările să nu-i fie îngrădite de o îmbrăcăminte prea strîmtă. Cu totul altfel stau lucrurile la sugarii care sînt leneși la mișcare. La aceștia trebuie cercetate în primul rînd cauzele care duc la lipsa de mișcare. Astfel de deficiențe pot fi urmarea unei hipotonii (moliciune) înnăscute a mușchilor, pot să apară din cauza rahitismului sau ca efect al altor boli (encefalită sau paralizie infantilă). În aceste cazuri se reco-

Scanned with OKEN Scanner

mandă gimnastica executată în mod regulat, la indicația și sub controlul medicului sau al unui alt cadru calificat în acest sens. Trebuie evitate suprasolicitările și mișcările brutale; exercițiile se fac „în joacă", cu mișcări ușoare. Învățarea acestor metode simple nu prezintă dificultăți. Diferite posibilități de gimnastică sînt prezentate în fig. 46—49.

1. Exercițiu pentru brațe: mama prinde mîna copilului cu degetul mare în palma copilului; ridică brațele deasupra capului, le coboară pe burtă și le aduce apoi din nou în poziția inițială (fig. 46).

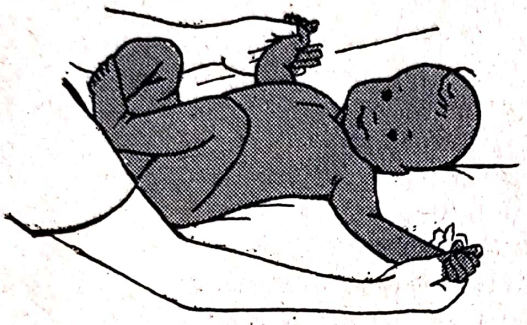


Fig. 46. Mișcare pentru brațe: mama apucă mîinile copilului punînd degetul mare în palmele acestuia; ridică brațele sus deasupra capului, le aduce apoi pe abdomen și din nou în poziția inițială.

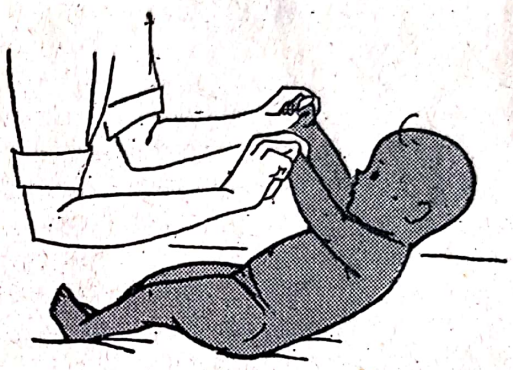


Fig. 47. Mișcarea de tracțiune: copilul va fi stimulat să se ridice singur.

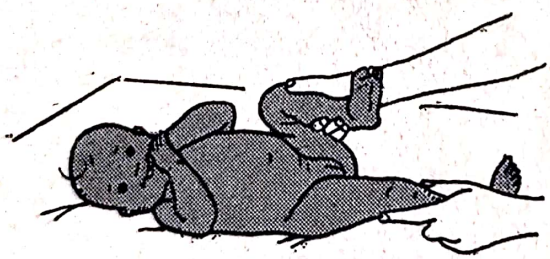


Fig. 48. Mișcare pentru membrele inferioare: flexia și extensia succesivă a membrelor inferioare; aceleași mișcări se fac apoi concomitent pentru ambele membre.

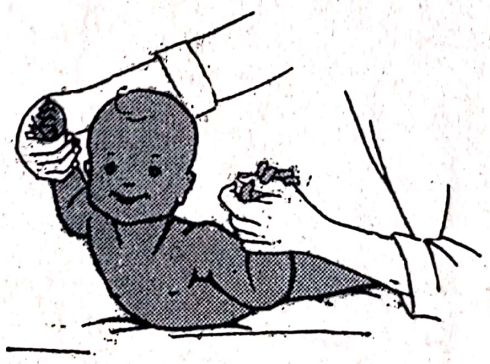


Fig. 49. Mișcare pentru musculatura spatelui: copilul se ridică de pe planul pe care este așezat, dacă mama îi oferă un sprijin sigur pentru brațe.

2. Exercițiu de ridicare: stimularea copilului să se ridice singur (fig. 47).

3. Exercițiu pentru picioare: alternarea extensiei și flexiei cîte unui picior, precum și extensia și flexia simultană a picioarelor (fig. 48).

4. Exercițiu pentru spate: în poziția culcat pe burtă, copilul ridică spontan capul dacă mama îi sprijină suficient brațele (fig. 49).

Momentul cel mai potrivit pentru gimnastică este înainte de baia zilnică de curățenie sau înaintea unei mese. Camera trebuie să fie bine încălzită, iar copilul complet dezbrăcat. Cel mai bine se execută exercițiile pe o masă acoperită cu o pătură de lînă împăturită de mai multe ori, deasupra căreia se va întinde un scutec curat. O

Scanned with OKEN Scanner

atenție deosebită ar trebui acordată faptului ca sugarul să fie așezat, în timpul zilei, de mai multe ori pe burtă, ceea ce duce la întărirea mușchilor cefei, spatelui, picioarelor și abdomenului. Nu se va folosi perna; în această poziție copilul va fi supravegheat permanent.

Călătorii

337. Un sugar sănătos poate fi luat în călătorii de la 4—5 luni, fără nici un risc, dacă familia își poate permite un mijloc de transport corespunzător:

— mașină;
— avion;
— vagon de dormit;
— compartiment de clasa I, neaglomerat și fără călători bolnavi.

În situații deosebite, pot fi luați și mai devreme. Pentru excursii obișnuite de familie se impune o mare rezervă. Deplasarea cu un mijloc de transport comun (autocar, camion, tren aglomerat) implică riscuri mari pentru copil, mai ales dacă vremea este defavorabilă. Iarna și în zilele de toamnă cu variații de presiune atmosferică, sugarii pot face ușor rinofaringite, otite, bronhopneumonii; vara, în zilele călduroase pot surveni: șocuri calorice, diaree, vărsături.

Părinții nu trebuie să uite că sugarul este legat de cuibul său. Sînt sugari care dacă sînt duși într-o simplă vizită de familie, chiar în aceeași localitate, plîng cu disperare.

Modificarea de program și de ritm zilnic de viață, neconfortul ce-l implică orice deplasare, schimbarea decorului din orizontul vieții de toate zilele, excesul de impresii și variațiile de climat sînt factori care produc la mulți sugari tulburări de adaptare după orice deplasare:

— plîns fără motiv în timpul zilei;
— somn agitat;
— apetit diminuat;
— vărsături;
— instabilitatea temperaturii corporale etc.

Mulți dintre sugarii mai mari și chiar copiii mici prezintă, ori de cîte ori sînt duși la țară, erupții cutanate de tip urticarian, persistente, recidivante, rezistente la orice tratament (înțepături de insecte?; polenul de la plante?; alimentația? etc.).

a) *Alimentația sugarului în timpul călătoriei.* Dacă drumul durează numai cîteva ore (3 — 6 ore), pentru sugarul alimentat artificial se va pregăti numai ceai zaharat 5% (sau chiar apă fiartă și adusă la temperatura corpului), care se va păstra fie într-un termos în prealabil bine spălat, fie în două biberoane sterilizate și păstrate în pungi sterile din plastic.

Dacă drumul va dura mai mult de 6—10 ore se va pregăti din timp lichidul de diluție corespunzător (apă fiartă sau apă de orez 2—3%, îndulcite cu 5 g zahăr pentru fiecare sută de grame de lichid), la 37° și pusă în termos. Pe drum, într-o cănită emailată, se adaugă lichidul de diluție la cantitatea de lapte praf corespunzătoare concentrației pe care o primea sugarul, se amestecă sau se agită bine și se toarnă în biberonul sterilizat de acasă și păstrat, ca și tetina, în condiții de perfectă curățenie. Înainte de a fi dat copilului, biberonul se încălzește, ținîndu-l cîteva minute în mînă.

Scanned with OKEN Scanner

Laptele praf trebuie să fie de bună calitate, perfect steril, dintr-o cutie recent începută.

Un alt mod de a proceda constă în a prepara și a ține la rece numărul de biberoane necesar, într-o mică lădiță portativă, căptușită cu tablă galvanizată și umplută cu mici bucăți de gheață; tetinele perforate se pun într-un borcan sterilizat și închis cu un capac ce se înșurubează. Înainte de a fi dat copilului, biberonul se încălzește la o mică „spirtieră de voiaj", la vagonul restaurant sau în apă caldă de la lavabou.

În ultimul timp au apărut genți sau sacoșe refrigeratoare (cu diverse sisteme de răcire), care simplifică mult transportul biberoanelor și al celorlalte alimente pentru copii.

Dacă este vorba de o călătorie scurtă, se vor pregăti 1—2 biberoane cu alimentul corespunzător și se vor înfășura în 10—15 straturi de hîrtie de ziar, care le va menține o temperatură constantă.

La sugarii mai mari, borcanele cu pireuri (mere, morcovi, zarzavaturi, paste de cereale combinate cu diverse zarzavaturi etc.), care se găsesc în comerț, sînt practice și se pot folosi cu succes. După deschidere, ceea ce rămîne în borcan nu se va mai da copilului la masa următoare.

b) *Greșelile mai frecvente din timpul călătoriei, care duc la îmbolnăvirea copilului*, sînt:

— De a nu se asigura o cantitate suficientă de lichide (apă fiartă și răcită, ceai zaharat, sucuri de fructe pregătite în prealabil în familie, pastă de mere, morcovi sau alte fructe din borcane sterile, lapte în biberon), mai ales dacă este foarte cald și copilul transpiră.

— Folosirea de apă din tren, de apă de la fîntînile din gări, de „siropuri" sau „limonade" procurate de la diferite chioșcuri de prin gări.

— Folosirea de căni sau pahare împrumutate de la alți călători.

— Consumul de fructe (nespălate sau spălate superficial) de la negustori ambulanți de prin gări.

— Consumul de prăjituri procurate de la cofetării sau de prăjituri pregătite acasă, dar care se alterează ușor (frișcă, creme).

— Servirea copilului cu înghețată sau lichide prea reci.

— Utilizarea la toate mesele a unei singure tetine, nespălată sau păstrată în condiții necorespunzătoare; la nevoie, dacă mama a luat o singură tetină, o va spăla bine după fiecare masă și o va păstra într-un pahar curat, acoperit, sau într-un tifon steril.

— Mama nu trebuie să se încăpățîneze ca la fiecare masă, să servească sugarului un regim alimentar asemănător cu cel pe care-l primea acasă. Se va da copilului regimul pe care-l digeră cel mai ușor, care este cel mai ușor de pregătit și de păstrat. Mulți sugari mănîncă mult mai puțin la drum decît acasă. Copilul nu va fi forțat niciodată să înghită mai mult decît dorește, chiar dacă mănîncă mult mai puțin decît de obicei. În timpul călătoriei, majoritatea doresc mese mai mici și mai dese. Mulți sînt satisfăcuți dacă primesc puțin ceai, iar cei mai mari, dacă morfolesc un biscuit ori de cîte ori se trezesc. În general, nu acceptă, în aceste împrejurări, alimente solide (pireuri, ouă, carne etc.). În nici un caz nu se va da, în timpul unei călătorii, un aliment cu care copilul nu este obișnuit.

c) *Alte obiecte utile* în timpul călătoriei:

— scutece de schimb;

— 1—2 bavețele;

— pentru cei mai mari, 1—2 perechi de chiloți de plastic;

Scanned with OKEN Scanner

jucăria pe care o preferă și cu care „adoarme" acasă;
— șervețele de hîtie ;
— 2—3 pungi de plastic, pentru cazul cînd ar vărsa;
— cîteva pungi sau șervețele de pînză sterile, în care să se învelească obiectele și vesela copilului;
— supozitoare pentru combaterea temperaturii, iar pentru sugarii care au „rău de mașină", un sirop împotriva vărsăturilor, prescris de pediatrul care îngrijește copilul.

Reluarea activității mamei salariate

338. Conform legislației socialiste (artic. 89 din Codul muncii) **„femeile gravide au dreptul la un concediu plătit de 52 de zile înainte de naștere și 60 de zile după naștere, cu posibilitatea compensării între ele".** Mama care alăptează beneficiază, în continuare, de un program redus, de 6 ore.

Asistenta de ocrotire se va ocupa de pregătirea mamei și sugarului în vederea adaptării la o schimbare care dacă nu se face corect poate avea repercusiuni grave.

De la 6 săptămîni, sugarul a fost obișnuit cu sucul de fructe. Dacă este alimentat numai la sîn, cu 7—10 zile înainte de reluarea serviciului se va introduce la masa a doua un preparat de lapte. Se va începe cu o cantitate de 50 g și se va crește cu aceeași cantitate, pentru ca în 3—5 zile să se ajungă la un biberon de 170—200 g, care să înlocuiască complet sînul la masa respectivă. În mediul rural, diluația laptelui va fi de 2/3 lapte și 1/3 de apă de orez 2—3% și se va îndulci cu 5% zahăr. La oraș se va da lapte praf „Rarăul" sau „Mureșul", în concentrație de 8%, în apă de orez 2% și îndulcit cu 5% zahăr. Respectiv, biberonul se va prepara în modul următor:

— fie 120 ml lapte de vacă proaspăt + 60 ml apă de orez 3% (la 1 000 ml apă se adaugă 30 g orez) și 8 g zahăr;
— fie 200 ml apă de orez 3% la care se adaugă 14—15 g praf de lapte și 9 g zahăr.

La început, mama va pregăti personal, dimineața înainte de plecare, biberonul respectiv, și-l va lăsa la frigider, urmînd să fie încălzit înainte de a fi dat copilului.

Dacă are lapte suficient, ea se va mulge, va fierbe laptele (pentru a evita suprainfecțiile) și-l va pune într-un biberon steril, care se păstrează cum s-a indicat mai sus (păstrat numai în frigider și încălzit înainte de administrare).

339. **Persoana care îngrijește copilul în lipsa mamei** care-și reia serviciul va fi aleasă cu mult discernămînt.

Rudele sînt cele mai bune înlocuitoare, cu condiția ca, în absența mamei, copilul să fie îngrijit conform indicațiilor părinților, medicului și asistentei de ocrotire.

Se poate apela eventual la o vecină care are, de asemenea, un sugar. Dacă lucrează în schimburi, cele două vecine vor îngriji cu schimbul pe cei doi sugari. Mamele care lucrează în schimburi pot de asemenea lăsa copiii acasă în grija taților, dacă programul de lucru al acestora o permite.

În lipsa unei rude, se va angaja o persoană străină sau se va duce copilul la creșă. Dacă, dintr-un motiv sau altul, nu se recurge la serviciile creșei, persoana care se angajează la îngrijirea unui sugar trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

— să fie o persoană de încredere;
— să fie cinstită;

Scanned with OKEN Scanner

— să aibă experiență în îngrijirea copilului;
— să iubească copiii;
— să se poarte frumos cu copilul;
— să aibă Buletin de identitate cu viza „la zi" la Circumscripția de miliție de care aparține; adresa va fi notată bine de părinți;
— să fie sănătoasă. Se va face în prealabil: microradiografia pulmonară; reacția Bordet-Wassermann pentru depistarea sifilisului; examen genital în vederea depistării unei boli venerice; se va verifica să nu aibă vreo boală de piele, infecțioasă sau micotică; să nu fie bolnavă de vreo afecțiune nervoasă sau psihică;
— să aibă istețimea necesară pentru a se descurca în situații neprevăzute.

340. Ce informații se dau femeii care rămîne singură în casă cu sugarul:

— Denumirea, adresa și numărul de telefon ale instituțiilor unde lucrează cei doi părinți.
— Numele, adresa și numărul de telefon al persoanelor la care, eventual, părinții merg în vizită.
— Numele rudelor sau prietenilor la care se poate telefona în cazul cînd părinții nu pot fi găsiți.
— Adresa și numărul de telefon al Dispensarului de copii și al Salvării.
— Adresa și numărul de telefon al medicului pediatru și al asistentei de ocrotire, care îngrijesc sugarul.
— Numărul de telefon al Pompierilor și al Miliției.
— Programul scris pentru mesele copilului, inclusiv cum se pregătește, cum se păstrează și cum se dau biberoanele copilului.
— Cum se schimbă copilul și unde se găsește rufăria.
— Obiceiurile de somn ale copilului și ce trebuie făcut dacă plînge.
— Cine poate chema telefonic familia și cine poate fi primit în casă.
— Îndrumări privitoare la sistemul de încălzire, la modul de utilizare al instalațiilor igienico-sanitare (baie; W.C.; diferite robinete etc.) și electrice.
— O scurtă inițiere pentru prevenirea intoxicațiilor și accidentelor.
— Îndrumări pentru acordarea primelor îngrijiri în caz de tulburări neașteptate ale sugarului (diaree, sufocare prin falsă cale a alimentelor, vărsături, febră, refuzul biberonului).

— 341. Formalități legale pentru admiterea copilului în creșă sînt:

— Adeverințe de la instituțiile unde lucrează cei doi părinți, din care să se constate că sînt salariați și ce salariu primesc lunar.
— Copie după certificatul de naștere al copilului.
— Copie după fișa medicală de la circumscripția teritorială din care să rezulte:
— greutatea și lungimea de la naștere;
— dacă sarcina și nașterea au decurs normal;
— date asupra evoluției dezvoltării și greutății sugarului;
— vaccinările efectuate;
— îmbolnăvirile din trecut;
— datele la care s-a administrat vitamina D;
— avizul epidemiologic;
— coprocultura și examenul coproparazitologic;
— radioscopia pulmonară.

Scanned with OKEN Scanner

Educația. Formarea deprinderilor

342. Scopul educației copilului este, pe de o parte, să-i stimuleze dezvoltarea aptitudinilor fizice și psihice, cu alte cuvinte a personalității sale, iar pe de altă parte, să-l adapteze la mediul înconjurător, obișnuindu-l cu îndeplinirea îndatoririlor în cadrul societății.

Educarea copilului începe, de fapt, cu prima zi de viață, cînd se începe obișnuirea copilului cu un program de îngrijire, de alimentație, de somn. La început, educația are multe aspecte de simplă „dresare", care dispar însă pe măsură ce se poate apela la înțelegerea copilului. Totdeauna se va proceda cu tact, cu răbdare și cu afecțiune. Punctualitatea și ritmicitatea măsurilor de îngrijire sînt primele elemente cu rol educativ în viața sugarului. O valoare educativă esențială o au condițiile generale ale mediului înconjurător, care se referă nu numai la baza materială, ci și la tonusul sufletesc al mamei și comportarea întregii familii.

O dată cu creșterea copilului se vor folosi și mijloace pedagogice auxiliare, ca aprobarea sau reprobarea, recompensa sau pedeapsa.

Cînd se urmărește formarea deprinderilor sugarului nu trebuie să se ajungă, în nici un caz, la metode de pedepsire. Dimpotrivă, la această vîrstă copilul trebuie lăudat pentru orice succes, căci aceasta îl ajută să cîștige încredere în sine și este modul cel mai bun de a-l încuraja să încerce și alte acțiuni. De altfel, și copilul mai mare are nevoie să fie lăudat! Fără stimule, majoritatea copiilor își pierd curajul, capătă complexul unei incapacități și convingerea că orice încercare ar fi de prisos.

Cheia educației este de a sesiza trăsăturile pozitive ale caracterului copilului, combătînd cu multă discreție și delicatețe pe cele negative, astfel încît copilul să se formeze ca o mică individualitate armonioasă. Acest lucru se obține prin exemplele bune ale părinților, care sînt datori, în același timp, să caute să înțeleagă trăirile copilului, oferindu-i afecțiunea lor în timp ce-l îngrijesc și învățîndu-l să depășească toate dificultățile în cucerirea treptelor de dezvoltare și de formare a personalității lui.

Interdicțiile verbale și amenințările sînt foarte puțin indicate. Comportarea părinților se resfrînge asupra copilului, care este oglinda părinților. Dacă mama nu-i va spune niciodată „te rog", nu poate aștepta ca, la rîndul lui, copilul să-i spună „te rog".

Dacă în relațiile dintre părinți, pe de o parte, și dintre aceștia și copil, pe de altă parte, nu există armonie și calm, părinții nu pot să aibă pretenția ca copilul să fie liniștit și bine dispus.

Un copil nu este o mașină, ca să poată fi manevrat să facă numai ceea ce este corect. Dacă i se va da însă un exemplu bun, el va fi gata să încerce să-l urmeze.

343. Formarea deprinderii de a fi curat. La 8 luni cînd sugarul stă bine în șezut, se va încerca să fie obișnuit la oliță.

Cu 1—2 săptămîni mai înainte, se vor nota orele la care își evacuează materiile fecale și urina. La această vîrstă, copilul sănătos elimină scaune la aproximativ aceleași ore; micțiunile survin imediat după ce se trezește și la circa un sfert de oră după mese. Urmează ca la momentele respective copilul să fie pus pe oliță; în același timp se vor pronunța anumite sunete, mereu aceleași, sau, pentru micțiuni de pildă, se va deschide un robinet de apă. Dacă sugarul nu are încă stabilitate în poziție în șezut, mama îl apucă cu cele două mîini de sub coapse și îl ține deasupra oliței, la început fără a

Scanned with OKEN Scanner

o atinge. Simplul fapt de a-l dezbrăca de pantalonași și de a-l lăsa gol un moment stimulează evacuarea urinii. Copilul înțelege destul de repede semnificația gestului, dacă protocolul punerii pe oliță, al dezbrăcării și al declanșării zgomotelor asociate se desfășoară identic și la aceleași ore. Nu va fi lăsat să stea pe oliță mai mult decît timpul necesar pentru actul fiziologic respectiv.

Fig. 50 și 51. Obișnuirea sugarului cu olița.

Seara, înainte de a-l culca va fi pus încă o dată pe oliță.

Copilul devine curat abia în al treilea an de viață. Controlul sfincterului anal se instalează la 1 1/2 ani, iar controlul vezicii ceva mai greu. Copiii sînt curați, în general, în timpul zilei la 1 1/2—3 ani, iar noaptea la 2—2 1/2 ani; fetițele mai devreme decît băieții.

Instalarea deprinderii de a fi curat cere din partea mamei multă răbdare și îndemînare.

Este greșit să i se devieze atenția de la ocupația principală, prin jucării sau dîndu-i mîncare.

Este important ca sugarul să nu fie certat, dacă nu se obțin rezultatele scontate. În schimb, mama nu va pierde prilejul să-l laude atunci cînd are succes. Părinții care se îndîrjesc să impuie copilului o metodă din care nu înțelege nimic și în care voința lui nu poate să facă nimic, vor reuși să-l sperie și să-i provoace atitudini de negativism. Am întîlnit un copil de 3 ani care, cînd i se pomenea sau i se arăta olița, începea să țipe și se ascundea sub pat, ca rezultat al intransigenței și insistențelor părinților.

Dacă nervii și mușchii sfincterelor (anal și vezical) nu sînt încă maturați, progresele deprinderii copilului de a se folosi de oliță vor fi lente și inconstante. Perseverența calmă din partea părinților, încurajarea constantă a reușitelor și înțelegerea față de „scăpările" copilului vor fi încununate de succes.

De subliniat că, adesea, copiii jucăuși și neastîmpărați, după ce au învățat lecția se „prostesc și o uită"; de fapt, pentru ei, plăcerea de a putea merge și de a se ocupa de jucăria preferată este mult mai captivantă decît preocuparea de a căpăta obișnuința de a folosi oliță; această ultimă preocupare o au mai mult de gura părinților. Mai repede se reușește atunci cînd sugarul are un frate de 3—4 ani care folosește oliță; din imitație se va strădui și el „să facă numai la oliță", bineînțeles dacă sfincterele intestinului și vezicii urinare au devenit atît de solide și de prompte încît să fie pe măsura dorinței și mîndriei lui.

344. Suptul degetului. Mai mult din jumătate din copii sug, în primul an de viață, degetele sau numai degetul mare.

Nu există încă o unanimitate de vederi asupra motivelor care fac pe copil să-și sugă degetul. Adesea, mamele și chiar medicii consideră că un copil care-și suge degetul a căpătat o obișnuință proastă, astfel încît întreaga familie ajunge să caute modalitățile prin care să-l împiedice să bage sau să țină degetul în gură. Or, în primul an de viață, suptul degetului trebuie considerat ca ceva normal. După Benjamin Spock, motivul principal care face pe copil să-și sugă degetul este faptul că alimentarea la sîn sau la biberon nu au satisfăcut suficient nevoia sa de supt. Un alt american,

Scanned with OKEN Scanner

David Levy, a constatat că sugarii hrăniți din trei în trei ore sugeau relativ mai rar degetul decît cei hrăniți din patru în patru ore; sugarii care-și goleau biberonul în 10 minute (ceea ce se întîmpla cînd orificiile tetinei sînt foarte largi) își sugeau degetul mai mult decît cei care sugeau timp de douăzeci de minute.

Alți autori, ca germanii Hofmeier, Schwidder și Müller, presupun că factorii care fac pe copii să-și sugă degetul ar fi:

— un fond de sensibilitate, de afectivitate;

— lipsa de afecțiune și de duioșie din partea părinților;

— relații necorespunzătoare în viața de familie.

În sfîrșit, alți autori cred că sugarul își suge degetul, cînd este treaz... „din lipsă de ocupație".

Ceea ce este sigur este că toate „rețetele" împotriva suptului degetului (substanțe cu gust neplăcut; mănușa; ținerea mai mult la sîn; luatul în brațe; scoaterea degetului din gură de fiecare dată etc.) au efect trecător.

În primele luni copilul caută, cu orice preț, să-și satisfacă instinctul de sugere, fie în timpul meselor, fie prin „completare" cu degetul. Nevoia de supt este maximă în primele 6 luni. După această vîrstă diminuă progresiv, dispărînd complet, în mod normal, între 8 luni și 18 luni.

Acest instinct nu este la fel de puternic la toți copiii. Unii nu sug niciodată mai mult de 15 minute la fiecare supt și nu-și duc niciodată degetul la gură, în timp ce alții își țin cu strășnicie sînul sau biberonul peste 20 de minute și după aceea „continuă" imediat cu degetul.

Dacă sugarul nu-și suge niciodată degetul, în afară de cîteva minute înaintea meselor, aceasta nu prezintă pentru părinți nici un interes. Cînd își suge degetul numai înainte de masă, înseamnă că-i este foame. Dacă o face regulat, imediat după fiecare masă sau chiar între mese, mama va căuta să-i satisfacă instinctul de sugere printr-un orariu al meselor mai puțin rigid și, eventual, printr-o frecvență mai mare. Cea mai mare parte a copiilor care își sug degetul încep s-o facă înainte de 3 luni. Dacă încep mai tîrziu înseamnă că a intervenit o carență de îngrijire, copilul exprimîndu-și prin aceasta niște relații *„conflictuale"* cu părinții săi.

Pentru a evita orice confuzie, trebuie știut că aproape toți copiii își sug degetul sau chiar tot pumnul în perioadele de erupție dentară.

Dacă ar fi să tragem cîteva concluzii în ceea ce privește suptul degetului (o preocupare permanentă pentru aproape toate mamele), acestea ar fi următoarele:

— Copiii alimentați la sîn își sug mai rar și mai puțin degetul; iar dintre aceștia, rari sînt cei care continuă după vîrsta de un an acest obicei.

— Rigiditatea orariilor, intervalele prea mari între mese și durata prea scurtă a meselor sînt factori favorizanți ai suptului degetului.

— Dacă acest obicei se păstrează și după 12—18 luni există pericolul deformărilor bolții palatine („boltă ogivală"). De asemenea, dinții pot căpăta poziții vicioase: cei superiori se deplasează anterior; cei inferiori se deplasează posterior.

Majoritatea dentiștilor admit că înclinarea defectuoasă a dinților de lapte nu are nici o urmare asupra dentiției definitive, dacă copilul încetează să-și sugă degetul înaintea erupției celei de a doua dentiții.

— Există un factor de teren constituțional, al psihicului fiecărui copil, favorizat de unele carențe de îngrijire și mai ales de afecțiune, care determină prelungirea perioadei de supt a degetului după vîrsta de un an.

Scanned with OKEN Scanner

— După vîrsta de un an, suptul degetului este fără importanță dacă este practicat numai înainte de a adormi. Din contră, consultînd un medic și eventual un psiholog, trebuie căutate remediile de a-l împiedica pe copil să-și sugă degetul în orice moment al zilei, din plictiseală, nervozitate, diferite „încurcături". Se întîmplă ca unii copii să-și introducă atît de profund degetul în gură încît ajung să vomite. Unii rămîn cu obiceiul de a-și suge degetul la culcare și cînd ajung de vîrstă școlară. Adesea, degetul mare devine sediul unor crăpături adînci, eczeme, îngroșări sau excrescențe ale pielii, cu aspect verucos.

— În metodele de a împiedica suptul degetului nu se va folosi forța (legarea brațelor, imobilizarea coatelor, aplicarea de manșete metalice, înmuierea degetului într-o soluție amară sau iute, ceartă în orice moment etc.), deoarece se va ajunge la efecte și mai rele. Cu vorba bună și verificîndu-și propriile atitudini, părinții vor ajunge la rezultate mai bune.

De altfel, la copiii care-și sug din cînd în cînd degetul nu se va lua nici o atitudine; ei vor ajunge, singuri, să renunțe la acest obicei.

— O soluție de compromis, dar mai eficientă și mai lipsită de riscuri, este aceea de a se da susetă sugarilor care încep să-și sugă degetul cu „lăcomie". Este mai ușor să se mențină curată o susetă decît un deget, pericolul deformărilor boltei palatine și a dinților este mai mic, iar dezobișnuirea de susetă se face mai ușor. Dintre două rele se va alege cel mai mic!

345. Suseta este o tetină fără orificiu, atașată la un disc sau inel de plastic. Copilul poate suge viguros tetina, fără riscul de a o înghiți, deoarece inelul o reține între buzele sale.

În secolul trecut se da o susetă copiilor care sufereau de colici. În prima jumătate al secolului al XX-lea, cînd s-a început campania curățeniei, suseta a fost considerată drept murdară și neigienică. În plus, s-a argumentat împotriva ei pe baza efectelor negative pe care le-ar avea asupra erupției dentare, conformației maxilarelor, secrețiilor digestive și comportamentului general al copilului. Mulți medici, ca și multe asistente de ocrotire și surori de pediatrie din țara noastră continuă încă să se opună cu îndîrjire la folosirea tetinei.

În ultimii ani, totuși, mulți medici înfruntă opinia de mai sus și apreciază că suseta este un mijloc excelent de consolare. În lumea părinților, din toate straturile sociale și din toate țările, suseta și-a păstrat totdeauna o largă întrebuințare. Unii și-o procură încă înainte de a veni copilul din maternitate.

Se vor alege susete cu inel sau discuri mari, pentru a nu risca să alunece în gura copilului. Nu se va perfora suseta, pentru ca sugarul să nu înghită aer, ceea ce ar putea duce la balonarea stomacului. Suseta va fi păstrată cît mai curată. Se va curăți cu apă caldă de mai multe ori pe zi și se va fierbe o dată pe zi. După ce cade jos, trebuie fiartă. Cînd nu este folosită, se păstrează ca tetinele, într-o căniță curată, acoperită. Curățirea cu salivă sau înmuierea în salivă, miere sau sirop înainte de a o da copilului sînt practici primitive, absurde și periculoase; acestea constituie adesea cauza aftelor, muguetului, tulburărilor digestive și a bolilor infecțioase.

Aproximativ jumătate din copii nu au nevoie de susetă: nu au colici, nu au crize de agitație, nu-și sug degetul. Nu se va da copilului suseta în scopuri „preventive". Se permite folosirea susetei la copiii nervoși, agitați, cu colici, precum și la cei care, după fiecare masă, își bagă degetul mare în gură, și-l sug cu lăcomie timp de ore în-

Scanned with OKEN Scanner

tregi. Sugarul care a avut timpul să se obișnuiască să-și sugă degetul, refuză adesea suseta. De aceea, în astfel de situații, suseta se va folosi cît mai de timpuriu: dezobișnuirea de susetă se face mai ușor decît dezobișnuirea de sugerea degetului.

Mama va avea însă ca obiectiv ca folosirea susetei să fie redusă la minimum, încercînd cît de precoce și revenind mereu pentru a-l face pe sugar să piardă obișnuința susetei. În caz contrar, el ajunge cu ușurință să fie un răsfățat, nesuportînd să stea nici un singur minut fără susetă; țipă de fiecare dată cînd o pierde din gură, iar mama este obligată să se scoale de mai multe ori, pentru a calma pe micul tiran, dîndu-i suseta care i-a scăpat din gură. Pentru a evita astfel de situații, suseta va fi retrasă din gură imediat ce copilul se calmează sau de îndată ce adoarme. Între 3 și 6 luni, sugarul arată tot mai puțin interes pentru susetă. Se va proceda gradat, omițînd de a i-o da mai întîi după o singură masă, apoi după a doua, cînd el pare mai satisfăcut. Spre vîrsta de un an, majoritatea copiilor renunță la susetă. Unii însă, mai ales fetițele, ajung să adoarmă cu suseta pînă la anii de școală. În orice situație se va proceda cu tact, evitîndu-se mijloacele brutale, cearta, ironia, batjocura. Acționînd prea iute sau cu asprime, copilul poate fi traumatizat pentru multă vreme.

După unii pediatri, copiii care nu renunță la susetă după vîrsta de un an, o fac ca un derivativ la o carență de îngrijiri și mai ales de dragoste din partea părinților.

346. Formarea deprinderii de a sta în picioare. Statul în picioare și mersul biped sînt caracteristice ale omului. Ele se dobîndesc în primul an de viață. Momentul cînd mersul devine posibil depinde de dezvoltarea centrilor din scoarța cerebrală răspunzători de aceasta. Unii sugari se pot ține în picioare pentru scurt timp în primele săptămîni de viață, datorită tonusului muscular. Dar nu este încă vorba de statul în picioare propriu-zis. Abia în luna a 4-a—a 5-a gradul de dezvoltare a creierului face posibil ca sugarul să se proptească în picioare cînd este susținut sub brațe. Dacă i se oferă copilului posibilitatea să se țină de ceva, el descoperă, în luna a 7-a—a 8-a, că se poate ridica singur în picioare la marginea patului său. Nu mai durează mult pînă să îndrăsnească, ținîndu-se de ceva, să facă primii pași. Acum se află pe drumul de a învăța să meargă. Statul în picioare apare de regulă de la sine, la un copil mai devreme, la altul ceva mai tîrziu. La dobîndirea acestei noi deprinderi, adulții ar trebui să-i lase copilului inițiativa. Un copil sănătos învață de la sine să stea în picioare, dacă a sosit timpul. Copiii grași sau mai puțin vioi învață mai tîrziu să stea singuri în picioare. La primele încercări de a sta în picioare, copilul intră uneori în panică, deoarece nu știe cum să se așeze din nou. Cînd își dă seama de acest lucru începe să țipe, ținîndu-se strîns cu mîinile. Dacă mama îl așază la loc, spaima prin care a trecut este uitată repede și copilul nu ezită să se ridice iar în picioare. Abia încetul cu încetul învață cum să se folosească de brațe ca să se lase în jos și să se așeze, dîndu-și drumul și lăsîndu-se să cadă cînd a ajuns aproape jos. Face experiența că aterizarea nu este dureroasă, „fundamentul" fiind bine capitonat. Dacă pînă la sfîrșitul primului an de viață copilul nu face încercări de ridicare în picioare și de stat singur în picioare, aceasta poate fi un indiciu că există ceva patologic, pentru care se va consulta un medic.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica alimentației. Rețete

Reguli generale*

347. Chiar dacă ne vom repeta, pe alocuri, începem îndrumările de tehnică a alimentației sugarului cu **cîteva reguli generale.**

a) Alimentul cel mai bun pentru sugar a fost și rămîne laptele de mamă.

b) Alimentația artificială implică riscuri considerabile, cu consecințe negative asupra fizicului și psihicului copilului.

c) Mama va înțărca copilul și va face modificări în conținutul și orarul meselor, numai la sfatul medicului și al asistentei de ocrotire.

d) După externarea copilului din maternitate, dacă s-a înțărcat copilul, se va continua alimentația cu preparatele, diluțiile și orarul cu care a fost obișnuit.

e) În primele 6 luni de viață, alimentația rămîne predominant lactată.

f) Sugarul va fi alimentat *uniform*, de aceeași persoană, într-un cadru și cu un „protocol" neschimbate, iar hrana va avea gustul, temperatura și consistența cu care s-a obișnuit. La orice modificări se va ține seama de două vechi principii:

— *unicitatea* (nu se face decît cîte o singură modificare);

— *progresivitatea* (orice aliment nou se introduce progresiv, în funcție de toleranța digestivă, de nevoile calorice și de modul cum primește copilul alimentația).

g) *Fixarea și conducerea* alimentației de către medic și asistenta de ocrotire se vor face *individualizat* și *adaptat* la fiecare sugar, ținînd seama de:

— vîrstă;
— greutate;
— toleranța digestivă;
— gustul copilului;
— posibilitățile de aprovizionare ale familiei (surse de venituri, sezon);
— gradul de civilizație și de igienă (curățenie generală și personală; frigider; obiceiuri culinare);
— gradul de instrucție și educație sanitară a părinților;

* Vezi și capitolul al II lea (p. 60—81) și capitolul al III—lea (p. 110—122).

Scanned with OKEN Scanner

— angajarea mamei în cîmpul muncii;

h) Administrarea meselor se vor face la intervale relativ libere, în alimentația naturală, în primele săptămîni de viață, și după un orar precis, cînd sugarul este hrănit mixt sau artificial. Intervalele mai mari și regulate sînt condiționate, în alimentația artificială — spre deosebire de alăptare —, de durata mai lungă a stagnării laptelui de vacă în stomac și de solicitarea mult mai mare a tubului digestiv pe care o exercită alimentația artificială. În același timp, copilul se educă cu un ritm al ordinei în scurgerea unei zile.

Intervalele între mese vor fi de 3 1/2—4 ore (6—5 mese pe zi).

i) Se exceptează de la această regulă *prematurii*, *distroficii* și *sugarii cu boli acute*, la care se vor da mese mai dese și cu cantități mai mici.

Se folosesc diferite metode de calcul al rației alimentare. Cea mai simplă este cea în care se socotește că sugarul necesită în medie 150 ml lichide pentr 1 kg greutate corporală, pe 24 de ore, cu limita maximă de 1 000 ml/24 ore, indiferent de greutatea copilului.

— O altă metodă ușoară de calcul este următoarea: sugarul are nevoie de o cantitate de lichide egală cu 1/6 din greutatea corporală în primele 2 luni de viață, iar din a III-a lună, de 1/7 din greutate.

De exemplu, un sugar de 4 200 g are nevoie de:

4 200 : 6 = 700 ml/zi

700 : 5 mese = 140 ml la fiecare masă.

Cantitatea de lapte (lapte de vacă nediluat sau lapte preparat cu 12,5 g praf la 100 ml lichide) nu va depăși 600 ml în 24 de ore. Restul rației se acoperă cu lichide de diluție (ceai, apă de orez, apă de fulgi de ovăz), cu sucurile și pireurile de fructe, cu supa și pireul de zarzavat.

j) Faptul că sugarul țipă des nu constituie un motiv pentru schimbarea alimentației. În primele 3 luni de viață, sugarul își poate exprima prin țipete indispoziția, de orice cauză ar fi aceasta. Asistenta de ocrotire va discuta în mod amănunțit cu mama, pentru a se înlătura greșelile de îngrijire.

k) În timpul nopții, după primele 4—6 săptămîni de viață, este necesară o pauză alimentară de 6—8 ore, pentru cruțarea funcției digestive.

l) Laptele va fi păstrat la rece. În caz că familia nu are o pivniță bună sau un frigider, se va da copilului lapte praf; în ultima eventualitate, prepararea și diluarea laptelui se va face înaintea fiecărei mese. În lunile de vară, chiar dacă familia are frigider, este mai bine dacă se prepară biberoanele pentru 2—3 mese, deci de cel puțin 2 ori în 24 de ore.

m) Toate vasele de băut, de mîncat și de pregătit alimentele sugarului se folosesc numai pentru el; se spală separat, cu soluție de sodă sau de detergenți fini, și se limpezesc în apă fierbinte; se zvîntă; se păstrează într-un loc special.

n) Un sugar nu poate fi lăsat mai mult de 8 ore fără să i se dea lichide (lapte, ceaiuri îndulcite sau sucuri de fructe).

o) Începînd de la 6—8 săptămîni, orice sugar are nevoie de sucuri de fructe sau de zarzavat; din a IV-a lună va primi o masă de zarzavat, fără lapte. Pentru condițiile țării noastre, sucurile de morcovi sînt cele mai bine tolerate; ca alimente consistente se va începe cu merele rase și pireul de morcovi pasați.

p) Nu se forțează copilul să mănînce.

r) Copiii supraalimentați sînt mai agitați. În lunile de vară ei sînt predispuși la tulburări digestive. În zilele excesiv de călduroase se reduce cantitatea de lapte,

Scanned with OKEN Scanner

completîndu-se nevoile de lichide cu ceai, sucuri de fructe sau pireuri de fructe și/sau zarzavaturi.

s) Orice tulburare de digestie (scaune mai dese și mai moi, însoțite sau nu de vărsături) trebuie privită de la început, și totdeauna, cu seriozitate, apelînd de îndată la medic.

t) Mama este datoare să-și observe bine copilul, să-l „cunoască" și să-l obișnuiască din primele luni cu o reglementare a programului zilnic. Toate observațiile în legătură cu reacțiile copilului la diferite alimente nu se discută cu vecina sau cu colega de la serviciu, ci la Dispensarul de copii, cu medicul pediatru sau cu asistenta de ocrotire.

Alimentația naturală

Tehnica alăptării la sîn (vezi capitolul al II-lea, punctele 140, 141, 142, 143).

348. Ridicarea sînului. Este o măsură necesară în orice mastită incipientă sau ori de cîte ori este necesară înțărcarea bruscă a copilului, pentru a scădea cît mai repede secreția lactată și a evita formarea de noduli.

Se procedează în felul următor: se pregătește un triunghi de pînză (un scutec sau un prosop) care se îndoaie în așa fel încît să aibă lățimea unei palme și se aplică cu mijlocul sub sînul respectiv, care se ridică și în același timp se comprimă. Un capăt al triunghiului se duce între cei doi sîni spre umăr, cel de-al doilea pe sub axilă, pe spate, legîndu-se strîns cu primul pe umăr. Colțul rămas liber al triunghiului se ridică deasupra sînului comprimat și se prinde cu un ac de siguranță. Cu acest fel de pansament pot fi fixate și comprese umede.

Un efect similar cu acest pansament compresiv se poate obține cu un anumit tip de sutiene, mai ales atunci cînd se impune compresiunea ambilor sîni.

349. Stoarcerea laptelui de mamă (mulsul) este metoda uzuală de golire mecanică a sînilor cu ajutorul mîinilor. Este mai eficace decît golirea cu ajutorul pompei de muls. Are ca scop:

— *evacuarea tuturor resturilor de lapte* din glanda mamară și *prevenirea stagnării laptelui* și a complicațiilor acesteia;

— *menținerea* sau chiar *creșterea* secreției lactate, atunci cînd există dificultăți în alăptare, fie din partea mamei, fie din partea copilului;

— menținerea secreției lactate pe perioada cînd, din cauza unor îmbolnăviri temporare ale copilului(toxicoze, bronhopneumonii, alte îmbolnăviri grave) sau ale mamei (mastite etc.), se întrerupe alimentația la sîn;

— colectarea de lapte, de către mama salariată, pentru masa de la ora 10.

Pregătiri prealabile. Se spală bine cu apă caldă și săpun sînii și mîinile mamei. Pîlnia și vasul în care se recoltează (de obicei un biberon sau o cană din material emailat, cu o capacitate de 250—500 ml) se spală cu o soluție de detergenți, se freacă bine cu o perie de sîrmă și se limpezește de cîteva ori cu apă multă, pentru a nu rămîne urme de detergenți; după aceasta se fierb într-o cratiță mare, timp de 30 minute din momentul cînd a început să clocotească apa; nu se șterg, ci se scurg pe un grătar spălat și opărit și apoi se țin acoperite cu o bucată de tifon steril.

Evacuarea laptelui poate fi făcută cu o singură mînă sau cu amîndouă mîinile.

Scanned with OKEN Scanner

Ambele procedee sînt la fel de eficiente, dar necesită oarecare experiență și răbdare.

a) *Tehnica mulsului cu o singură mînă* (fig. 52). După un scurt masaj general al sînului și spălarea mamelonului, mama aplică policele mîinii de aceeași parte cu sînul, iar celelalte patru degete pe partea inferioară, efectuînd în același timp o

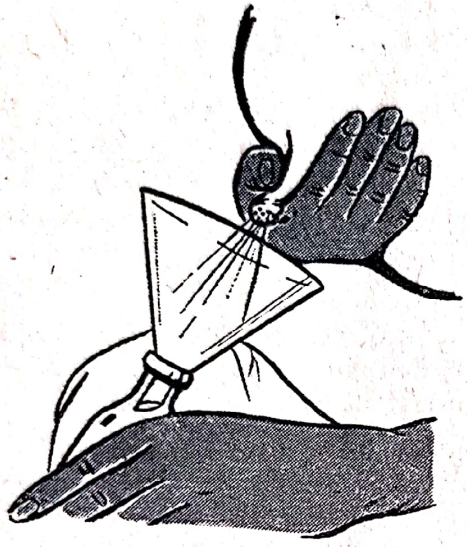


Fig. 52. Tehnica mulsului cu o singură mînă.

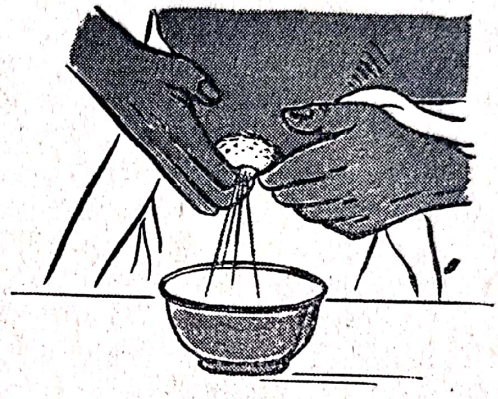


Fig. 53. Tehnica mulsului cu ambele mîini.

ușoară ridicare a sînului. Cu policele se execută o mișcare de alunecare-apăsare către mamelon, în timp ce degetele celelalte apasă în sus. Prin compresiune concomitentă la nivelul areolei mamare, laptele este evacuat în jet din mai multe canale; el este colectat, prin intermediul unei pîlnii, într-o sticlă.

b) *Tehnica mulsului cu amîndouă mîinile* (fig. 53). Mama cuprinde sînul cu ambele mîini și evacuează laptele prin alunecare-apăsare în direcția mamelonului. Biberonul prevăzut cu pîlnie poate fi ținut între coapsele mamei. Un mic scăunel pentru sprijinirea picioarelor este foarte util.

După evacuarea completă a sînului se spală din nou mamelonul și se usucă prin tamponarea cu un șervet adsorbant. Acesta poate fi lăsat pe loc pentru a absorbi eventualele picături de lapte care se mai scurg în timpul efectuării manevrei de muls la sînul opus.

350. Evacuarea laptelui cu ajutorul pompei (fig. 54). Această metodă mecanică de evacuare a laptelui este în general mai puțin eficientă, cantitatea de lapte evacuat fiind mai mică, iar excitarea secreției lactate fiind mai slabă. Are avantajul că este mai puțin traumatizantă pentru sînii foarte

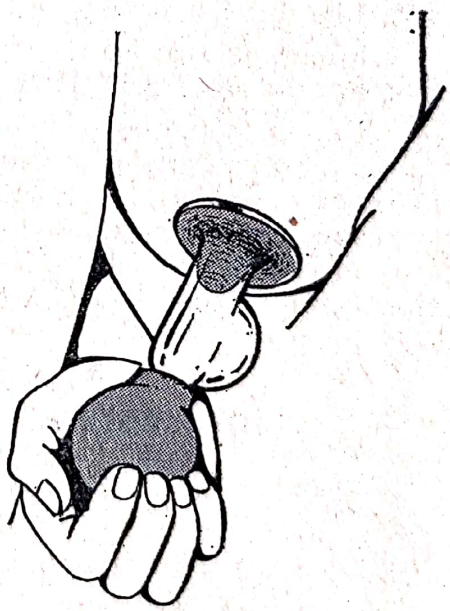


Fig. 54. Evacuarea laptelui cu ajutorul pompei.

sensibili. Există mai multe modele de pompe. Cea mai simplă, mai ieftină și mai ușor de procurat este compusă dintr-un tub de sticlă și o pară de cauciuc, care permite să se efectueze aspirarea laptelui.

Se vor lua aceleași măsuri riguroase de igienă și sterilizare ca și în cazul mulsului manual.

Tehnică. În timp ce cu mîna dreaptă se manevrează pompa, cu mîna stîngă, situată sub sîn, se ridică ușor sînul, susținînd operația de pompare prin mișcări de muls.

351. Folosirea laptelui muls. Dacă s-au luat toate măsurile de curățenie și dacă laptele se dă imediat copilului, se poate folosi și nefiert. În cazul cînd se dă copilului mai tîrziu, se va ține la frigider și, pentru siguranță, se va fierbe înainte de folosire.

După „puterea" copilului, laptele muls va fi dat cu pipeta, cu linguriță sau cu biberonul. În maternități, în cazurile în care nou-născuții prezintă deficiențe în ceea ce privește reflexul de înghițit, laptele se dă prin gavaj (punctul 685).

Golirea regulată și completă a sînului (prin supt, muls manual sau extragerea cu pompa) constituie mijlocul de bază a stimulării lactate. În același timp permite mamei să nu se obosească (fizic și psihic) prea mult și să doarmă suficient.

352. Proba suptului. Copilul schimbat și înfășat este cîntărit cu scutece cu tot; se fixează cursorul mare și cel mic, pe tije, la locul unde se echilibrează cîntarul și se lasă pe loc, asigurîndu-se cîntarul. Apoi copilul se pune la sîn. După ce a supt 20 de minute este cîntărit din nou. cu aceleași scutece, chiar dacă între timp a urinat sau a avut scaun. Diferența care rezultă între greutatea obținută după supt și cea dinainte de supt reprezintă cantitatea de lapte pe care sugarul a luat-o la masa respectivă. Proba suptului nu are valoare dacă se face la o singură masă, deoarece cantitatea de lapte secretat variază mult în cursul unei zile: ea este maximă dimineața, minimă în cursul zilei și crește puțin spre seară. Proba suptului este concludentă numai dacă se repetă la toate mesele în decurs de 24 de ore, notînd corect toate cantitățile și făcînd suma și apoi media lor.

Înainte de a se lua o hotărîre definitivă este indicat, dacă este posibil, să se repete proba suptului 2—3 zile în șir.

Pentru diferențierea hipogalactiei mamei de subalimentația prin cauze care țin de copil, proba suptului se face astfel: se pune copilul la sîn și se cîntărește din 5 în 5 minute, de 3 ori. În cazul cînd mama nu are lapte, prima probă va avea o valoare mai mare, iar următoarele valori mici sau chiar nule; în cazul cînd copilul suge prost, el va mînca puțin, iar valorile vor fi mici la toate probele; în plus, după ce copilul este ținut la sîn timp de 20 de minute, sînul este încă plin.

Înțărcarea

353. Cu toate progresele realizate prin apariția preparatelor industriale, care permit înlăturarea unui număr însemnat de pericole, **propaganda în favoarea alăptării nu trebuie să slăbească.** Medicul, moașa, asistenta de ocrotire, asistenta pediatră de la nou-născuți, sora de la circumscripția de pediatrie și mai ales mama trebuie să fie pătrunse de ideea că o alimentație artificială nu intră în discuție în primele săptămîni, decît dacă mama nu poate să alăpteze din motive bine întemeiate.

Scanned with OKEN Scanner

Singurele categorii de nou născuți la care se impune alimentația artificială chiar de la început sînt:

— copiii ale căror mame au decedat la naștere;

— copiii ale căror mame sînt oprite să alăpteze din motive de sănătate;

— copiii ale căror mame nu au de loc lapte (agalactie) și la care nu se poate asigura în nici un fel alimentația mixtă.

În mod tradițional, înțărcarea la noi în țară se făcea între 9 și 12 luni. În condițiile vieții de astăzi, cînd utilizarea de lapte praf a simplificat mult lucrurile, sugarul poate fi înțărcat înainte de a împlini 6 luni. La mamele care pot (nu sînt în cîmpul muncii; sînt sănătoase; au lapte suficient; nu a survenit o nouă sarcină) și doresc să-și alăpteze copilul, asistenta de ocrotire va încuraja menținerea alăptării la sîn, dar nu mai tîrziu de 9 luni.

a) *Înțărcarea fiziologică (6—9 luni).* După 6 luni se poate trece la înțărcare, fără consecințe grave asupra copilului și fără prea multă suferință din partea mamei.

De îndată ce s-a hotărît înțărcarea, asistenta de ocrotire va vizita mai des pe mamă, dînd indicațiile necesare în funcție de reacțiile copilului și ale mamei (evoluția locală a sînilor și a stării psihice). În prealabil, copilul trebuie obișnuit cu sucul de fructe, pe care-l primește la a doua masă din zi, și cu pireul de zarzavat (îmbogățit cu unt și, eventual, asociat cu gălbenuș de ou sau cu carne fin tocată), servit copilului la masa a treia, cea de la prînz. Mesele de sîn se înlocuiesc treptat, cîte una la 2—3 zile, cu lapte praf în diluții corespunzătoare vîrstei. În 7—14 zile se înlocuiește total laptele de mamă. Dacă apar tulburări digestive, anorexie sau nervozitate din partea copilului, se revine la alimentația la sîn.

Dacă sînul continuă să secrete și după înțărcarea copilului, se vor da următoarele indicații mamei:

— va lua într-o seară un purgativ salin;

— va reduce consumul de lichide;

— va lua timp de cîteva zile cîte 3 tablete de antipirină;

— va susține pieptul cu un bandaj;

— dacă sînii sînt roșii va aplica de cîteva ori pe zi, în mod intermitent, comprese reci;

— nu va lăsa copilul să sugă;

— la recomandarea medicului, se vor administra preparate estrogene, timp de 2—3 zile (inhibă secreția lactată).

b) *Înțărcarea precoce* (în primele 6 luni) se indică în următoarele situații:

— motive de sănătate a mamei,

— motive de ordin social.

Se va face în decurs de 15 zile. Din 3 în 3 zile se va înlocui cîte un prînz la sîn printr-un biberon. Preparatul de lapte se va indica de către medic, în funcție de vîrstă și de toleranța digestivă a copilului. În primele 2 luni de viață se preferă un preparat de lapte mai ușor tolerat de copil (Eledon, Lacto, Humana, Camelpo). Dacă apar tulburări, ritmul ablactării se încetinește sau se amînă înțărcarea. În cazul în care mama, din motive oarecare, insistă să înțarce copilul mai devreme, asistenta de ocrotire va face totul pentru ca sugarul să fie alimentat la sîn în cursul primelor 3 luni.

c) *Înțărcarea bruscă.* Acest mod de înțărcare este nefiziologic și periculos, atît pentru copil, cît și pentru mamă. Se va face numai cu avizul și sub îndrumarea medi-

Scanned with OKEN Scanner

culuí. Pentru a stopa secreția glandelor mamare, medicul poate ordona un tratament hormonal, timp de 3 zile (fie 10 mg de Oestradiol, fie 5 mg Oestradiol și 25 mg Testosteron pe zi). Chiar dacă mama are dureri de sîn, nu se evacuează sînii, ci se dau îngrijirile indicate la punctul a).

Ca regim pentru copil se indică, chiar dacă este un sugar mai mare, un aliment dietetic bine tolerat, cum este Eledonul sau Lacto, pentru a se evita apariția unei dispepsii. Dacă totuși survine diaree, se instituie dietă hidrică, urmată de dieta de tranziție cu pectine (supa de morcovi, Arobon), apoi se trece lent la Eledon și numai după aceea la un aliment definitiv.

Alimentația artificială

354. Obiecte necesare în alimentația artificială. Pentru alimentația artificială a sugarului îngrijit în familie sînt necesare:

Biberoane. Se cumpără de la început 8—10 biberoane. Se procură mai multe, deoarece se sparg destul de repede în timpul manipulării și fierberii. Zilnic se utilizează 5—8 biberoane (5 pentru lapte, 1 pentru ceai, 1 pentru sucul de fructe, 1 pentru lichidul de diluție).

Despre biberon vezi și punctul 355.

Tetine. Este nevoie de 10—12 tetine. Cîteva tetine în plus sînt absolut necesare, căci o parte se distrug chiar de la perforare, iar altele devin temporar inutilizabile, cînd cad pe jos în timpul fixării pe biberon. Chiar de la început se vor perfora 3 tetine; pentru prima dată, această operație se va face în prezența și cu sprijinul asistentei de ocrotire (vezi și punctul 357).

— Un *vas emailat*, cu capacitatea de 2—3 l, în care se fierb biberoanele.

— *2—3 vase emailate* mai mici, pentru păstrarea linguriței, pregătirea diluției laptelui etc.

— O *perie* pentru spălarea biberoanelor.

— O *pîlnie* pentru turnarea laptelui în biberoane.

— O *sită* deasă.

— 1—3 *linguriță* de material plastic (una cu coadă lungă pentru folosirea la amestec, iar altele mai mici pentru măsurarea zahărului și siropului).

— 1—2 *linguri de lemn*, pentru a amesteca în timpul fierberii.

— O *cupă de 5 g* (se va cere de la asistenta de ocrotire, care le colectează de la cutiile cu „Eledon", folosite).

— O *răzătoare* de sticlă.

— O *cutie cu bucăți* de tifon steril cu care se acoperă vasele și obiectele sterile.

— Un *frigider*.

— Un *cuțit pentru a nivela* (rade) zahărul și praful de lapte.

— Un *recipient gradat*, pentru măsurat anumite alimente.

— O *presă de fructe* și un *mixer*, dacă este posibil.

355. Biberonul este o sticluță de formă cilindrică, cu capacitate de 250 ml, fabricat din sticlă transparentă care rezistă la fierbere. Biberoanele din sticlă de Jena sînt mai rezistente la schimbările bruște de temperatură, dar sînt mai scumpe. În ultimul timp au apărut noi tipuri de biberoane, dintr-o sticlă specială, cu gît mai larg și cu un dispozitiv special de înșurubare pentru fixarea tetinei.

Scanned with OKEN Scanner

Pe peretele exterior al biberonului sînt gravate citeț linii care indică diviziunile în grame, iar din 50 în 50 g sînt gravate și cifrele corespunzătoare.

Pentru a se putea spăla ușor, un biberon trebuie să aibă pereții interiori uniformi, gîtul mai larg, iar fundul să fie rotunjit pe dinăuntru.

Îngrijirea și mînuirea corectă a biberonului și tetinei constituie condiții de bază pentru păstrarea igienei alimentației.

După fiecare masă, biberonul se clătește imediat cu apă rece, de multe ori, pentru a se înlătura toate resturile de lapte rămase lipite pe pereții lui. Dacă bi-

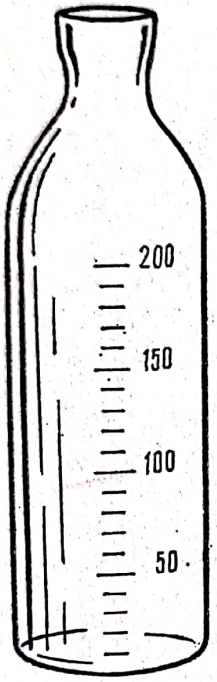


Fig. 55. Biberon corect gradat.

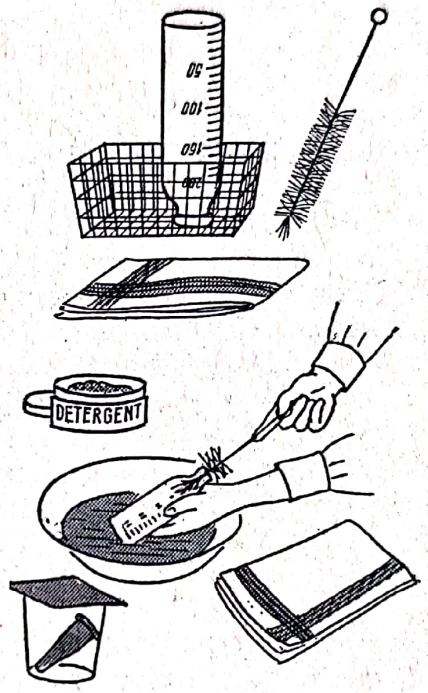


Fig. 56. Spălarea biberoanelor.

beroanele nu se clătesc imediat, resturile de lapte se îndepărtează foarte greu. Nu este permis să se lase biberonul plin cu apă, în loc să fie clătit ulterior, întrucît eventualele bacterii aflate în apă se dezvoltă și se înmulțesc repede. Mai tîrziu, cînd are timp mama, va spăla biberonul cu o soluție de detergenți fini (Alba menaj), în apă caldă, cu ajutorul unei perii speciale, insistînd în special la regiunea de sub gît și la șanțul circular care separă fundul de pereții laterali, unde pot rămîne grunji de lapte. Apoi se clătește de mai multe ori cu apă fierbinte și se pune cu gura în jos, la uscat, pe un prosop curat sau pe un portsticlă (rastel) special.

Atît biberonul cît și tetina se fierb în mod obligatoriu o dată pe zi (timp de 3 minute după ce apa a început să clocotească). Este bine să se folosească atîtea biberoane cîte mese se dau pe zi, deoarece în acest mod se pot fierbe toate biberoanele deodată. În caz că se folosește un singur biberon, se spală și se curăță bine cu peria după fiecare masă, se clătește de mai multe ori și se opărește; o dată pe zi se curăță cu soluție de detergent, se limpezește din mai multe ape și apoi se fierbe.

După spălare și uscare, biberoanele se acoperă, fie cu un tifon curat, fie cu tetina neperforată, pînă la încărcarea cu lapte.

Scanned with OKEN Scanner

356. Încălzirea biberonului. Dacă alimentația s-a pregătit pentru mai multe mese, înainte de administrare biberonul se va încălzi pînă la 37° (temperatura corpului). După ce se agită bine, pentru omogenizarea conținutului, biberonul se poate încălzi:

— fie într-o baie marină;

— fie pe soba sau caloriferul bine încălzit.

Nu se va încerca încălzirea biberonului la flacăra aragazului (pericol de accident) și nici nu se va introduce biberonul rece, scos de la frigider, într-o oală cu apă clocotită (biberonul se sparge).

Preparatele acide nu se vor încălzi brusc sau la temperatură ridicată, deoarece în aceste cazuri ele se coagulează în cheaguri mari.

Pentru a evita producerea de arsuri involuntare ale gurii sugarului, cu un aliment prea cald, se controlează temperatura biberonului înaintea fiecărei mese. În acest scop se pune o picătură de lapte fie pe plica cotului, fie pe regiunea numită „tabacherea anatomică" a mîinii, fie, în sfîrșit, se atinge biberonul de pielea fină a pleoapei.

Este interzis mamei să ia tetina în gură pentru a verifica temperatura conținutului biberonului (vezi și punctele 274, 275).

357. Tetina este confecționată din cauciuc, din material plastic sau din silicon. Tetinele din silicon sînt mai scumpe, dar rezistă mai bine la sterilizare. (Sub numele generic de silicon se înțelege un grup de substanțe analoage cu corpii organici, în care siliciul înlocuiește carbonul.) Sînt necesare în permanență 10—12 tetine, deoarece se degradează destul de ușor (prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, pentru a fi curățate, ca un deget de mănușă. Se aleg mărimile care se aplică perfect la gîtul biberonului respectiv; cele mai largi riscă să se detașeze ușor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Tetinele noi de cauciuc se freacă cu sare și se fierb învelite în tifon, pentru ca să le dispară mirosul.

La fiecare tetină se face un orificiu, puțin lateral față de vîrful tetinei, cu un ac de cusut fixat într-un dop de plută și apoi înroșit la o flacără. Dimensiunile orificiului

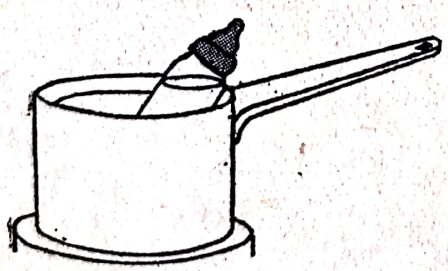
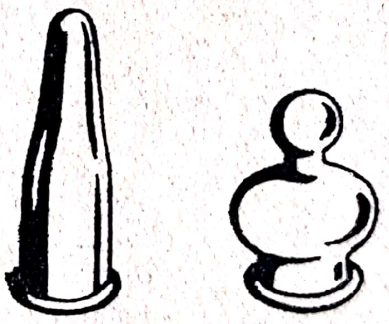


Fig. 57. Încălzirea biberonului.



a *b*

Fig. 58. Două modele de tetine.

sînt potrivite atunci cînd, răsturnînd cu gura în jos biberonul încărcat, cu tetina adaptată, laptele se scurge cîteva secunde în jet foarte, foarte subțire și apoi curge picătură cu picătură. Dacă laptele continuă să curgă în jet înseamnă că orificiul este prea larg, iar dacă laptele curge picătură cu picătură de la început înseamnă că orificiul este prea mic. Dacă după prima perforare orificiul este strîmt și nu lasă să se scurgă laptele în mod convenabil, se înroșește din nou acul și se lărgește orificiul cu

Scanned with OKEN Scanner

prudență. Nu se folosește niciodată un ac prea gros. Pe sugarii prea mici, fără putere, tetinele noi îi stînjenesc la supt, și de aceea este bine ca să se facă un orificiu suplimentar. Dacă orificiul rezultat este prea larg, nu rămîne decît să se arunce tetina respectivă; cel mult, după cîteva luni, se va folosi la administrarea făinosului cu apă

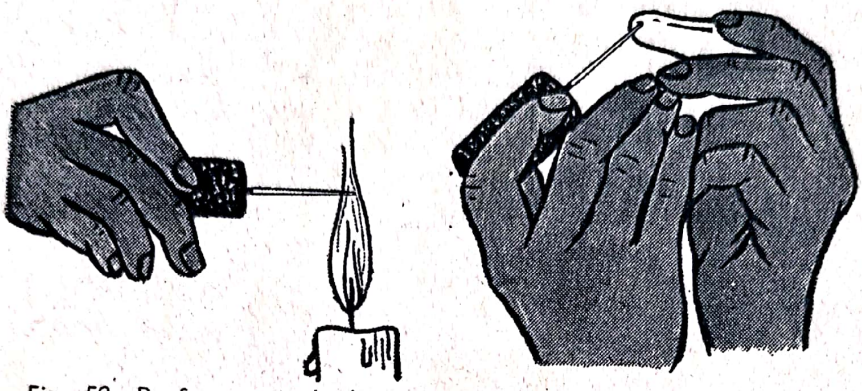


Fig. 59. Perforarea tetinei cu ajutorul unui ac înroșit în flacără.

(grișul cu lapte) sau a supei pasate. Pentru laptele acidulat, orificiul tetinei trebuie să aibă un diametru ceva mai mare decît pentru laptele simplu.

După utilizare, tetina se spală imediat sub jet de apă, întîi rece apoi caldă, se întoarce ca un deget de mănușă și se freacă cu o perie pînă se înlătură și cele mai mici cheaguri de lapte. Se clătește bine, se scutură pentru a se scurge toată apa, se zvîntă, apoi se așază într-un vas de sticlă acoperit, ferite de praf. Înainte de masa următoare se fierbe, timp de 3 minute, într-un vas special rezervat acestui scop. Dacă mama are mai multe tetine, le fierbe o dată pe zi și le lasă în vasul de fierbere, care se acoperă; de aci se folosește pentru fiecare masă o tetină sterilă. Fierberea zilnică duce la degradarea treptată a tetinei, cu lărgirea orificiilor. Pentru a le cruța, se pun la fiert învelite într-o bucată de pînză. Și mai eficientă, în vederea creșterii durabilității, este metoda de a opări tetina în vapori fierbinți, timp de 1—2 minute: tetina este pusă într-o strecurătoare de ceai deasupra unui vas cu apă clocotită.

Nu se recomandă păstrarea tetinelor în soluție de acid boric.

Tetina nu se apucă de partea care se introduce în gura copilului. La nevoie, în timpul folosirii se poate pune pe o farfurie curată (niciodată pe mobilă sau pe patul copilului!). Tetina care a căzut jos nu va mai fi folosită decît după ce a fost în prealabil fiartă. Vasul sau paharul în care este păstrată tetina va fi ținut în condiții de perfectă curățenie, adică va fi spălat o dată pe zi cu apă caldă, soluție de detergenți și peria de sticlă; apoi va fi limpezit și lăsat să se usuce la aer, înainte de a se introduce în el tetinele.

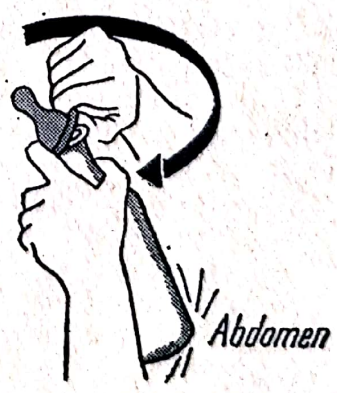


Fig. 60. Adaptarea tetinei la biberon.

358. Celelalte ustensile necesare în alimentația artificială se spală, după folosire, în curent de apă și se opăresc înainte de folosire. O dată în 24 de ore se spală cu soluție de detergenți, limpezindu-se bine după aceea cu apă caldă. Vesela copilului se depozitează în dulapul de veselă, într-un loc anume destinat, la îndemînă pentru ca mama să nu piardă vremea căutînd-o; nu se va amesteca cu vesela restului familiei.

Este deosebit de important ca atunci cînd mama curăță sau folosește aceste ustensile să aibă mîinile spălate în prealabil și să poarte un șorț curat.

359. Obiecte de măsurat și cîntărit. Pentru prepararea diferitelor combinații artificiale este necesară măsurarea și, uneori, cîntărirea alimentelor. În lipsa unor vase de măsurat lichidele, se va folosi biberonul copilului. Alimentele consistente se măsoară cu cîntarul; în lipsa acestuia, asistenta de ocrotire va îndruma pe mamă să folosească anumite măsuri sau cutii a căror capacitate se cunoaște (cupe sau cutii de la produsele dietetice; flacoane sau cutii de medicamente; pahare; borcane).

Măsurarea cu lingura sau cu o cană nu este niciodată precisă; se va adopta, la nevoie, numai ca o soluție de compromis. Pentru orientare aproximativă se pot folosi, la nevoie, următoarele unități de măsură:

1 linguriță de ceai	= aproximativ	5 ml
1 lingură mare (supă)	= „	15 ml
1 farfurioară	= „	75 ml
1 pahar de vin	= „	90 — 80 ml
1 lingură mijlocie	= „	10 ml
1 ceașcă de cafea	= „	100 ml
1 farfurie de supă	= „	200 ml

În medie, o lingură mare (de supă) rasă conține:

10 g făină de grîu	10 g mălai
10 g fulgi de ovăz	10 g pezmeți pisați
10 g griș	15 g făină de orez
20 g boabe de orez	20 g zahăr

Laptele de vacă (vezi capitolul al II-lea punctele 168—173).

Produse industriale pentru alimentația sugarului

Preparate industriale de lapte

360. Generalități. În ultimul timp, la orașe se folosesc din ce în ce mai multe produse industriale de lapte.

Produsele industriale de lapte se pot împărți în două grupe:

— laptele praf, care este cel mai folosit;

— laptele condensat, care, atît în străinătate, cît și la noi, s-a impus mai puțin, indicațiile lui rămînînd destul de limitate.

În schimb, laptele praf a apărut în preparate foarte diverse, după vîrsta copilului, după concepția unor școli de pediatrie sau alteori în forme cu indicații foarte restrînse. Citățm cîteva grupe de lapte praf apărute pînă în prezent la noi în țară:

— lapte praf din lapte integral („Rarăul", „Mureșul" etc;

— lapte praf parțial sau total degresate („Lacto"; „Alipogal", S.M.G. Hochdorf);

— lapte praf cu adaosuri („Alfalac", Guigoz; „Lacto-Veguva", Wander);

— lapte praf adaptat sau umanizat („Similac", Anglia; „Humana", S.M.G. Hochdorf; „Adapta", Wander; „Nan", Nestlé; „Aptamil", R.F.G.; Nativa („Guigoz" — Franța);

— lapte praf integral acidifiat („Pelargon", Nestlé; „Alete", R.F.G.; „Lactana", R.F.G.);

Scanned with OKEN Scanner

— lapte praf acidifiat parțial sau total degresat („Eledon", Nestlé; „Prodieton", Nestlé; „Camelpo", Nutricia; „Montefiore", Italia;

— lapte albuminos („Ursa 1", Guigoz).

361. Durata valabilității și precauții. Aceste variate preparate sînt prezentate de către fabricile producătoare în ambalaje ermetic închise (cutii de tablă, pungi de plastic, pungi de hîrtie impermeabilă). Au avantajul că asigură un lapte cu sterilitate și compoziție garantată. Depozitate corespunzător (în camere uscate, răcoroase, fără rozătoare), se pot păstra luni de zile. Produsele provenite de la fabrici la care procedeele de preparare se desfășoară în vid și ambalarea se face în aceleași condiții, în cutii metalice, pot să fie folosite după perioade și mai lungi, fără să se degradeze.

La orice produs de lapte praf, înainte de a fi folosit se verifică următoarele:

— Data fabricării și durata valabilității.

— Dacă ambalajul este în stare perfectă (cutiile să fie ermetic închise; ambalajele de hîrtie sau de material plastic să nu fie rupte sau umezite).

— Produsul să fie sub formă de pulbere omogenă, fină, albă-gălbuie, catifelată la palpare, fără grunji, cu miros și gust caracteristice. Dacă pulberea este aglutinată în bulgări, are culoare mai închisă sau verzuie, miros rînced sau gust amar, produsul nu se administrează copiilor.

— Nu se folosesc cutii care au fost începute de mai multă vreme.

362. Avantaje. a) *Alegerea laptelui*. Din gama multiplelor preparate de lapte puse la dispoziție de industrie, medicul are posibilitatea de a alege preparatul corespunzător vîrstei, toleranței digestive și gustului copilului. În ultimii ani, în București au fost la dispoziția medicilor de copii, în permanență, următoarele preparate: „Rarăul", „Mureșul", „Lacto", „Eledon", „Camelpo", iar în mod intermitent „Prodieton", „Lacto-Veguva", „Adapta", „Humana" 0, I și II, „Similac".

Toate casele producătoare dau cea mai mare importanță calității laptelui. Cutiile se însoțesc de date asupra compoziției și de prescripții precise în legătură cu modul de preparare, laptele este furnizat de ferme controlate, răcirea se face imediat după recoltare, transportul este rapid.

b) *Standardizarea*. Conținutul în substanțe nutritive (spre deosebire de laptele proaspăt, cel furnizat de industrie are un conținut stabil de grăsime), vitamine și săruri minerale fiind supus unui control strict, se asigură constanța valorilor, în timp ce laptele proaspăt prezintă fluctuații continue, după anotimp, locul de producție etc.

c) *Sterilizarea prin căldură* se face cu rapiditate. În plus, prin procedeele moderne se iau cele mai mari precauții pentru a proteja proteinele și vitaminele. Laptele industrial este lipsit de germeni, ceea ce nu este cazul laptelui proaspăt, chiar după ce a fost fiert sau pasteurizat (în laptele pasteurizat persistă totdeauna unii germeni nepatogeni). La o mare parte din preparatele industriale se adaugă vitamine.

d) *Coagularea gastrică a albuminelor* care se găsesc în conservele de lapte este ameliorată grație diverselor procedee de fabricație (uperizare, omogenizare, pulverizare într-o instalație caldă și fără aer); coagularea se face în cheaguri mai mici. În consecință, digestia proteinelor se face mai bine și solicită mai puțin travaliu din partea copilului.

e) *Omogenizarea laptelui* aduce o diminuare a volumului picăturilor de grăsime. Laptele nu mai produce cremă, deoarece grăsimea este dispersată în mod uniform și în picături foarte mici.

Scanned with OKEN Scanner

f) *Prepararea biberoanelor este mult ușurată.* În timpul verii, în familiile unde nu există frigider sau acolo unde frigiderul nu asigură în mod constant o temperatură scăzută, biberoanele cu preparate de lapte se pregătesc pentru fiecare masă în parte.

Dezavantajul cel mai mare al preparatelor industriale constă în faptul că sînt mai scumpe decît laptele proaspăt. La noi în țară acest neajuns este înlăturat în mare măsură, deoarece laptele praf și Eledonul se distribuie și gratuit, prin circumscripțiile sanitare.

În cuprinsul acestui capitol se vor prezenta o parte din aceste preparate, pentru ca asistentele de ocrotire să fie familiarizate cu indicațiile și modul de folosire. Medicii pediatri și asistentele de ocrotire sînt datori să se pună la curent, în permanență, cu toate preparatele dietetice pentru copii, furnizate de industria noastră sau importate și puse la dispoziția mamelor prin comerțul de stat. Nu rareori se întîmplă ca unele mame să fie informate de apariția în comerțul de stat a unor preparate dietetice pentru copii, de care asistenta de ocrotire să nici nu fi auzit.

363. Alegerea produsului. *Nu trebuie să se caute preparate rare și nici să se schimbe alimentul de la o lună la alta. Atîta vreme cît un copil crește și primește bine un preparat de lapte, nu numai că nu este necesar, dar chiar este riscant să se facă schimbări.* La noi în țară, în ultimii ani, marea majoritate a copiilor alimentați artificial s-au dezvoltat foarte bine cu lapte praf „Rarăul", atunci cînd acesta a fost mînuit în condiții perfecte de igienă și folosit în concentrații corespunzătoare. Este recomandabil să se aleagă un produs care se găsește în permanență pe piață.

Preparatul cel mai adecvat pentru fiecare copil va fi recomandat de către medicul de copii și asistenta de ocrotire. Nu se va da copilului un preparat despre care mama „a auzit", de la vreo prietenă, că este bun, sau pe care îl consideră bun pentru simplul motiv că este un produs străin, cu un nume de rezonanță; prin compoziția lui, acesta ar putea să nu fie potrivit copilului respectiv.

364. Folosirea preparatelor de lapte praf. Numărul mare de produse de lapte praf care au apărut în ultimul timp în comerț ne obligă să împărțim aceste produse în mai multe grupe. Mai întîi trebuie făcută deosebirea între preparatele destinate sugarilor sănătoși și cele create în scop terapeutic.

În general, se va prefera totdeauna laptele praf, care față de laptele de vacă aduce garanția unui aliment ireproșabil în ce privește compoziția și sterilitatea, digestibilitatea, toleranța și rezultatele obținute.

La copilul sănătos, produsele industriale de lapte praf (lapte pudră) se împart în trei mari grupe:

a) Lapte praf din lapte integral (pur sau cu adaosuri).
b) Lapte praf degresat.
c) Lapte praf integral acidifiat (cu sau fără adaosuri).

365. Lapte praf „integral". Din această grupă, pe piața românească se găsesc în permanență două preparate: „Rarăul" și „Mureșul". Pe cutie sînt specificate compoziția, modul de preparare, data fabricației și durata valabilității. După ce a fost deschisă, cutia trebuie consumată în decurs de 1—2 săptămîni. Cutia cu lapte praf se păstrează într-un loc uscat și răcoros: fiind foarte higroscopic, laptele praf absoarbe cu ușurință umiditatea din aer, ceea ce duce la alterare. Laptele praf se prezintă ca o pudră fină albă-gălbuie, cu miros și gust plăcut. Cel învechit capătă un miros de acru-rînced, este mai galben și sub formă de cocoloașe.

Pentru a prepara un litru de lapte de vacă integral este necesară concentrația de 12,5—13%, adică 125—130 g praf de lapte la 900 ml de lichid.

Scanned with OKEN Scanner

Laptele praf se prepară pentru fiecare masă a sugarului. 1 linguriță rasă de praf de lapte = 2—2,5 g. Pentru o dozare precisă este bine să se folosească măsuri de material plastic (cele de la cutiile de Eledon conțin 5 g). La nevoie se va folosi linguriţa care, rasă, conține 2 g.

Diluția laptelui se face în raport cu vîrsta sugarului:

— pînă la 1 lună: 7—8% (3,5—4 linguriţe rase, sau 1 1/2 măsuri — de 5g — de praf la 100 ml lichid);

— între 2 și 4 luni: 10% (4,5—5 linguriţe rase sau 2 măsuri de praf de lapte la 100 ml lichid);

— după 4—5 luni: 12,5% (6—6,5 linguriţe rase de praf de lapte la 100 ml lichid).

Raţia este de 140—180 ml/kilocorp/zi, în 5 mese pe zi.

Lichidele de diluție sînt:

— în primele 2 săptămîni apa fiartă și răcită sau ceaiurile (de chimen, de anason, de mușețel sau de tei), iar după aceea decocturile de cereale („apa de cereale") în concentrație de 1—3% (apa de orez, de ovăz sau de făină rumenită). Lichidele de diluție se prepară pentru 24 de ore și se păstrează la rece.

Îndulcirea se face cu zahăr în concentrație de 5%.

Apa de orez (decoctul de orez 3%) se încălzește ușor (la 40—50°). Pentru a prepara 100 ml lapte cu concentrație de 7% și cu 5% zahăr se amestecă bine, într-o cană emailată curată, 3 1/2 linguriţe rase de lapte praf cu puțin lichid de diluție, se freacă bine pînă se face ca o cremă (să nu aibă cocoloașe) și se adaugă treptat, amestecîndu-se mereu, întreaga cantitate de lichid (100 ml) și o linguriță de zahăr. Se pune totul pe un foc mic și se amestecă tot timpul, pentru dizolvarea zahărului și omogenizarea laptelui. Se ține pe foc pînă dă în clocot de 2—3 ori. Vasul în care a fiert laptele se pune apoi într-o cratiță cu apă rece, ca să se răcească pînă la temperatura de 37° (se verifică prin proba turnării unei picături de lapte la nivelul plicii cotului). Se administrează copilului cu biberonul sau cu linguriţa.

În cazul în care laptele a fost preparat pentru mai multe mese, se răcește brusc și se păstrează în frigider.

Laptele praf astfel preparat se poate acidula, adăugîndu-i-se, cînd este călduţ, zeamă de lămîie sau acid lactic, picătură cu picătură, și bătîndu-se bine (cu telul sau cu o furculiță), pentru a coagula în grunji fini.

Laptele praf se poate folosi și la prepararea brînzei de vaci, a iaurtului, a grișului cu lapte sau la combinații cu alte făinoase (pesmet, fulgi de ovăz, făină rumenită etc.).

În cursul transformării laptelui de vacă în lapte praf, componentele lui suferă unele modificări fizico-chimice care le fac mai ușor de digerat. Vitamina C este distrusă în mare măsură și de aceea este necesar adaosul de vitamină C; grupul B — îndeosebi vitaminele B_1 și B_6 — este redus.

Laptele praf este indicat în alimentația mixtă sau artificială a sugarului eutrofic sau distrofic (gr. I și II).

366. Lapte praf degresat. Din acest grup, la noi în țară se folosește laptele praf parțial degresat „Lacto", cu o cantitate de grăsime redusă. Se folosește în alimentația nou-născutului la termen, în prima lună, precedînd astfel laptele praf integral, care urmează să fie introdus în luna a II-a.

Acest lapte cu grăsimi mai puține, dar cu un conținut crescut de proteine și de săruri minerale, poate fi folosit la prematuri și în dietele de tranziție după tulburări digestive. Din anul 1973 industria noastră a realizat un produs de lapte praf,

Scanned with OKEN Scanner

parțial degresat, cu adaos de făină de soia, denumit LACTOSAN. S-a dovedit ca un preparat de lapte foarte bine tolerat și cu care sugarii progresează în greutate. Se prepară conform indicațiilor de pe cutie. La recomandarea medicului, la sugarii mai mari se poate crește concentrația.

Se folosește numai la indicația medicului. În străinătate, diverse fabrici furnizează numeroase produse similare.

367. Praf de lapte integral acidifiat. Acidifierea laptelui a fost introdusă de Marriot. Industria a mai făcut un pas, reușind să realizeze pulverizarea laptelui integral acidifiat. Există în momentul de față praf de lapte integral acidifiat, care nu mai conține nimic altceva, la care se pot adăuga ulterior aceste complemente. Produsele compuse exclusiv din lapte integral acidifiat sînt folosite mai ales în spitale, unde se procedează la amestecuri cu diferite feluri de zahăr și de decocturi de cereale, după nevoile individuale și după dozajele prescrise de medic. În familie, laptele praf acidifiat s-a dovedit excelent, deoarece prepararea lui este foarte simplă. Unii medici susțin că se obțin rezultate mai bune cu lapte praf acidifiat decît cu laptele neacidifiat. Totuși, cei mai mulți consideră că se vor hrăni cu lapte praf integral acidifiat numai copiii care nu progresează bine cu lapte praf neacidulat. Acidifierea laptelui praf simplu se poate face în gospodărie, cu soluție de acid lactic, cu acid citric sau cu suc proaspăt de lămîie (vezi punctul 409).

368. Lapte praf integral acidifiat, fără adaosuri: *Pelargon cu etichetă verde (Nestlé).* Pelargonul cu etichetă verde este un lapte praf integral, acidifiat cu acid lactic; este fabricat de casa Nestlé din Elveția, din lapte de vacă integral selecționat, controlat, pasteurizat și omogenizat. Adaosul de acid lactic este de 0,5%. Prin acidifiere, cazeina este predigerată. Digestia grăsimilor este de asemenea favorizată. Datorită omogenizării, globulele de grăsime devin mai mici și, prin acidifiere, membrana proteică ce înconjură grăsimea este dizolvată. Ca urmare, digestia și utilizarea materiilor grase este ușurată. Laptele praf acidifiat furnizează sugarului mai multe proteine și grăsimi decît laptele diluat sau decît produsele lactate parțial degresate. Sugarul este capabil să asimileze aceste cantități relativ crescute, grație predigestiei ce rezultă din acidifiere. Aceasta permite aportul de rații calorice ridicate și rezultatele sînt în general excelente.

Pelargon-ul cu etichetă verde constituie o bună alimentație, care poate fi administrată pe o perioadă lungă, la sugarul sănătos. De asemenea, poate fi folosit cu succes ca regim de tranziție după diarei (îndeosebi se recomandă ca după Eledon să se treacă la Pelargon). Este indicat, în sfîrșit, la sugarii distrofici și la cei care au tendința să verse.

Pentru pregătirea a 100 ml de lapte integral acidifiat se adaugă 14 g Pelargon în apă simplă, în apă de orez, în fiertura de făină rumenită, în fiertura de zeamil, și se îndulcește după indicația medicului, progresiv pînă la 5g zahăr la 100 ml. Pulberea de Pelargon se pune în apă fiartă care a fost adusă la 37° (călduță) și se bate puternic. *Nu se fierbe!*

369. Lapte praf integral acidifiat, cu adaosuri: *Pelargon cu etichetă portocalie (Nestlé).* Este vorba de un lapte integral, de primă calitate, pasteurizat, omogenizat, acidifiat cu acid lactic, la care s-a adăugat 2% făină de porumb (corespunzător cu Zeamil), 2,5% zahăr nutritiv (dextrin-maltoză) și 2,5 g zahăr. Pelargonul cu etichetă portocalie are avantajele unui lapte integral acidifiat și, în plus, este deosebit de simplu de preparat, deoarece conține deja cele două hidrocarbonate.

Se folosește în alimentația artificială și mixtă a sugarului sănătos sau distrofic, după vîrsta de 1—2 luni. Ca toate preparatele acide, Pelargonul portocaliu se dă cu

Scanned with OKEN Scanner

succes la copiii care varsă frecvent. Cînd se trece de la Pelargonul „verde", preparat cu zahăr și apă de orez, se observă că acesta, preparat cu făină de porumb, poate provoca, în mod trecător, la copiii deosebit de sensibili, scaune mai lichide. În ultimul timp, acest preparat a fost părăsit de mulți pediatri.

La nou-născut, alimentarea cu Pelargon „portocaliu" se va face numai în cazul copiilor robuști și, pentru început, cu concentrații de numai 10%. Ulterior, se va crește treptat concentrația pînă la 17%. Concentrații mai mari se vor recomanda numai de către medic.

370. Lapte praf acidifiat, parțial ecremat: Prodieton (Nestlé), Camelpo (Nutricia-Olanda). Este un lapte semidegresat, pasteurizat, acidifiat cu fermenți lactici și omogenizat după adăugarea unui amestec de dextrin-maltoză (3,5%) și de zahăr (3,5%), la Prodieton, și de dextrină-maltoză (3%) și amidon (6,7%), la Camelpo.

a) *Prodieton*. Se începe, în cursul primei săptămîni de viață, cu o concentrație de 12—14%; din a 2-a săptămînă se trece la 15%; în a 3-a săptămînă se dă în concentrație de 16—17%, iar după a III-a lună, de 18%. Dacă la maternitate s-a dat Eledon, introducerea de Prodieton se va face, indiferent de vîrstă, cu concentrația de 12—14%, dar se va progresa rapid la concentrația corespunzătoare vîrstei și greutății copilului.

Prodietonul nu se menține după vîrsta de 8 săptămîni decît la copiii-problemă. La sugarii sănătoși se introduce, de la 8 săptămîni, lapte praf simplu sau acidifiat.

Este foarte bine tolerat de prematuri, de debili și de distrofici. Dă rezultate bune în stadiul acut și mai ales în perioada de convalescență a dispepsiilor.

Se prepară în modul următor: 18 g Prodieton se dizolvă în 80 ml apă, rezultînd 100 ml lapte degresat (1,7% lipide), acidifiat și care conține 3,5% zahăr nutritiv și 3,5% zahăr.

b) *Camelpo (Nutricia)* s-a folosit mult, în ultimul timp, la noi în țară. A dat rezultate foarte bune în alimentația nou-născuților, a sugarilor pînă la 6 luni, a distroficilor, a unor sugari cu intoleranță digestivă la laptele de vacă sau la laptele praf. Nu aceleași succese s-au obținut în realimentarea copiilor cu dispepsii ușoare; în schimb, este bine tolerat în convalescența bolilor diareice ușoare.

Mod de utilizare. Se fierbe apa, apoi se lasă să se răcească pînă devine călduță (37°), se toarnă într-o cană curată și se adaugă treptat pulberea de lapte, amestecîndu-se bine cu un tel sau o linguriță de plastic cu coada lungă. *Nu se adaugă zahăr*. Concentrația se fixează după indicațiile imprimate pe cutia de metal.

Apreciem că după vîrsta de 7 luni acest preparat trebuie înlocuit cu un preparat din lapte integral. Bineînțeles, se va face și diversificarea corespunzătoare.

371. Produse de lapte praf „adaptate" („Umanizate"): *Similac* (Anglia); *Adapta* (Wander); *Humana* (S.M.G. Hodchdorf); *Nan* (Nestlé); *Multival* (Heyden) etc.

Principiu. Pornind de la concepțiile lui Biedert, s-a încercat să se realizeze pe cale industrială un lapte cît mai apropiat de laptele de mamă, atît din punct de vedere cantitativ, cît și calitativ. Evident, este imposibil să se ajungă la un preparat identic. Principiul de bază a constat în reducerea conținutului în cazeină și săruri minerale și creșterea conținutului în glucide și grăsimi, din laptele de vacă, cu scopul de a ameliora digestia, metabolismul și utilizarea lui. Această încercare de a apropia compoziția laptelui de vacă de aceea a laptelui de femeie s-a făcut de nenumărate ori, iar în ultimii ani a devenit din nou actuală.

De fapt, laptele „adaptat" este o diluție de lapte de vacă îmbogățit cu lipide, glucide și vitamine; respectiv, un lapte diluat, cu adaosuri.

Scanned with OKEN Scanner

Modificările ce se obțin prin procedeele de fabricație sînt următoarele:

a) *Proteine*. Se obține reducerea conținutului ridicat de cazeină și îmbogățirea cu alte protide. Concomitent cu diminuarea conținutului în calciu se obține coagularea cazeinei în flocoane deosebit de fine, asemănătoare cu cele din laptele de mamă, ceea ce asigură o digestie ușoară a proteinelor. Durata staționării în stomac se reduce.

b) *Grăsimi*. Acizii grași inferiori din laptele de vacă, nepotriviți pentru sugar, sînt înlocuiți cu acizi grași superiori și nesaturați, extrași din uleiuri vegetale, în așa fel încît se obține un conținut crescut în acizi grași nesaturați, care sînt caracteristici laptelui de mamă.

c) *Glucide*. Aceste produse conțin un singur glucid, lactoza, în aceeași concentrație ca și în laptele matern.

d) *Substanțele minerale* au fost, de asemenea, corijate într-o largă măsură, după modelul laptelui de mamă.

e) *Adaosuri*. Toate vitaminele sînt adăugate, în produsele de lapte umanizat.

Din cauza constituției asemănătoare cu a laptelui de mamă, scaunele sugarilor hrăniți cu lapte „adaptat" sînt în general păstoase și fluide, similare celor din cursul alăptării la sîn.

Indicații. La sugarul sănătos, aceste produse pot fi administrate chiar de la naștere. De asemenea, sînt indicate în alimentația mixtă, alimentația prematurilor, debililor și distroficilor.

În realimentare și în perioada de convalescență după diaree nu se obțin rezultatele favorabile care se obțin cu Eledon, cu Heilnahrung Humana (Humana „H") sau chiar cu Prodieton sau cu Lacto.

Produsele Humana sînt concepute pentru o folosire succesivă, deoarece corespund treptelor de evoluție a dezvoltării sugarului: la prematuri și la hipotrofici sub 3 000 g se indică Humana 0; la nou-născuții maturi, și în continuare, la sugarii mici pînă ating greutatea de 4 500 g se recomandă Humana 1; la sugarii mari pînă la vîrsta de 1 an se va folosi Humana 2 (alimentație de durată). Trecerea se va face treptat, amestecînd în părți egale un produs cu celălalt (de exemplu, Humana 1 cu Humana 0).

Dozajul normal la produsele „Humana" este de 14% (14 g praf + 90 ml apă = 100 ml aliment gata de consumat). Măsurile (linguriței din plastic) care însoțesc toate aceste preparate au o capacitate de 7 g praf.

La produsul Similac se dizolvă o măsură (7 g) la 60 ml lichid.

Plan de alimentație. La nou-născut se începe cu o concentrație 10%, care se crește treptat, în decurs de 10 zile, la 14%. La prematuri, după prescripția medicului, se dă în concentrație de 8—10%. Se recomandă să nu se adauge nici zahăr (ca prim hidrocarbonat) și nici cel de al doilea hidrocarbonat (decoctul de orez). Ca și la copiii alimentați natural, *succesul alimentației nu se apreciază după aspectul scaunelor (păstoase, mai moi), ci îndeosebi după curba ponderală*.

372. Lapte praf ca aliment terapeutic (Eledon). Toate preparatele de lapte descrise pînă acum au fost create, în principiu, pentru folosirea prelungită la sugarul sănătos. În funcție de formula lor, în concentrații corespunzătoare, se folosesc și la prematuri, la debili, la sugarii care varsă, și, unele dintre ele, ca aliment de tranziție înainte de reluarea unui regim normal.

Alimentele terapeutice sînt, în principiu, cele prescrise de medic pe o perioadă trecătoare. Principalele alimente industriale din acest grup sînt cele care corespund babeurre-ului și laptelui albuminos.

Scanned with OKEN Scanner

Noi vom descrie Eledonul, care este folosit la noi și care este unanim apreciat ca cel mai reușit aliment terapeutic folosit la sugarul bolnav.

a) *Eledon semiecremat (Nestlé) cu etichetă galbenă. Principiu.* Este un babeurre semiecremat, prezentat sub formă de pulbere, care este acidifiat cu o cultură de fermenți lactici puri. Așadar, este vorba de un lapte acid, acidifiat nu chimic, ci printr-un proces fermentativ, adică biologic, și care, în plus, este sărac în grăsime.

Datorită fabricării sale excelente, Eledonul a devenit un aliment indispensabil pentru nou-născuți, prematuri și pentru sugarii cu diaree. La nou-născuții la care se impune alimentația artificială, alimentul de elecție rămîne Eledonul. El nu trebuie însă menținut decît ca regim de ajustare; fiind un aliment-medicament, carențat, la copiii sănătoși trebuie să se treacă rapid la un preparat consistent (lapte praf diluat zaharat sau lapte acidifiat). La prematuri se menține atîta vreme cît au o toleranță digestivă redusă; în momentul cînd nu se obțin progrese ale greutății, trebuie introdus treptat un alt preparat de lapte (mai întîi sub forma de completare).

În diaree, Eledonul se introduce după o zi de regim cu pectine (supă de morcovi, Arobon), în doze mici, care se cresc zilnic, cu prudență. De asemenea, Eledonul poate fi folosit cînd se renunță la o alimentație prost tolerată, pentru a se trece la alta. În astfel de situații se intercalează o zi de pectine și se continuă apoi cu Eledon, pînă ce se trece treptat la o alimentație definitivă, corespunzătoare vîrstei și nevoilor particulare ale copilului; trecerea directă de la o alimentație la o alta riscă să provoace o catastrofă, deoarece tubul digestiv se găsea deja într-o stare de dereglare latentă. În sfîrșit, unii îl administrează la eczematoși, care nu suportă de obicei grăsimile.

Eledonul se dă în concentrație de 10% (2 măsuri la 100 ml apă). Numai în cazuri excepționale, de regim foarte sever, se începe cu rații foarte diluate, de 5%. De subliniat că la preparatele de Eledon trebuie adăugat atît primul hidrocarbonat (zahărul), cît și al doilea (apa de orez). Eledonul, insistăm din nou, este un aliment carențat, care se folosește numai pe perioade scurte de timp. În caz de administrare prelungită, se vor adăuga vitaminele A, D și C.

373. Humana H (dietetic). Humana H (Heilnahrung = aliment dietetic) este un aliment-medicament dietetic, lipsit de gliadină. Se folosește în tratamentul diareilor, sindroamelor de malabsorbție, celiachiei și vărsăturilor acetonemice. 100 g pulbere conțin: hidrați de carbon totali 52 g (lactoză 23 g, fructoză + glucoză 10 g, zaharoză 8 g, amidon 21 g), albumine 17 g, grăsimi 10 g, substanțe minerale 5 g, fibre vegetale 1 g, și un adaos de vitamine (grupul B, C, D). Valoarea calorică este: 100 g pulbere = 417 calorii.

Se folosește în concentrațiile indicate de medic; dacă acesta nu prescrie altfel se va prepara cu 14 g pulbere (2 măsuri) la 90 ml apă, la sugarii pînă la 3 luni, și cu 21 g la 90 ml apă, la sugarii mai mari.

Se amestecă pulberea în apă fiartă și răcită la 50°, cu telul sau, la nevoie, cu o linguriță de plastic. Dacă se prepară cu apă prea fierbinte se formează grunji.

Cereale. Fructe. Zarzavaturi

Făina de cereale complete are rolul de coloid protector (frînează fermentația) și ușurează digestia albuminei.

374. Făina de orez, care se găsește în comerțul de stat, poate fi folosită în concentrații diferite, după nevoi (2—3%, ca lichid de diluție; ca mucilagii concen-

Scanned with OKEN Scanner

trate, de 6—8 sau 10%). Simplifică mult munca mamei (alesul, înmuiatul, fierbere prelungită, pasare prin sită etc.), resuspendarea și fierberea putînd să se efectueze în 5—15 minute.

Se poate folosi după a 14-a zi de viață (0,5%; 1% la 1 lună; 2—3% după 2 luni).

375. Zeamilul este un produs obținut printr-o prelucrare specială a porumbului. De fapt este un amidon pur de porumb, conținînd mai puțină amilopectină decît orezul; este mai puțin bine tolerată pînă la vîrsta de 3—4 luni.

Se utilizează la prepararea budincilor, sufleurilor și cremelor pentru sugarii peste 8 luni (vezi punctele 398 și 436). În preparatul clasic de lapte acidulat se folosea, nu făina rumenită, ci amidonul de porumb.

376. Fosfarin (produs al Uzinelor de medicamente din București) este un amestec de amidon de porumb (60 g), cacao (10 g) și zahăr (130 g). Se utilizează în alimentația sugarilor peste vîrsta de 8 luni.

377. Făinurile dextrinate. Sub acest nume se înțeleg făinurile prăjite (rumenite sau „biscuitate"). Constituie stadiul de tranziție între amidonuri și făinuri. Făina de grîu rumenită se folosește la prepararea laptelui acidulat și la unele preparate îmbogățite, pentru sugarii distrofici, după 6—7 luni.

În general, sînt compuse din mai multe specii de cereale. Amidonul este supus unui proces de fermentație și dedublat în dextrină și maltoză. Cerealele, la care se păstrează prin măcinare și învelișul extern (în afară de celuloză), cuprind, pe lîngă hidrocarbonate, proteine, grăsimi, săruri minerale și vitamine din grupul B.

Aceste făinuri „predigerate" se pot folosi în locul decocturilor de orez, după vîrsta de 3 luni. Se pot prepara și ca fierturi fluide, care se administrează cu biberonul. În ultimul timp au apărut pe piața noastră o serie de așa-zise „făinuri pentru copii" sau „pudre de cereale și legume pentru sugari" („Robinson"; „Banana-Cereal", „Galactina", „Sinlac", „Cerelac" etc.). Toate acestea se vor introduce, nu după îndemnurile reclamei imprimate pe cutie, *ci numai* la indicația medicului pediatru. Ca o recomandație generală, la început se vor introduce numai făinurile dextrinate pure și numai după aceea se vor încerca cele cu adaosuri; pudrele de cereale sau de cereale-legume la care s-a adăugat lapte, cacao, șocolată, alune, nuci etc. se vor introduce mai tîrziu. Dintre pulberile de cereale-legume se vor prefera la început amestecurile: cereale-mere, cereale-banane, cereale-morcovi.

378. Grișul rezultă din zdrobirea boabelor de cereale, obținîndu-se un amestec de fragmente mai mari și de praf, care sînt separate apoi prin cernere. Fragmentele constituie grișul. După cum fragmentele provin din boabe complete sau decojite, grișul conține mai mult sau mai puține resturi ale învelișului său de tărîțe. Prin urmare, există un griș de făină de calitatea I, de culoare albă, și altul din cereale complete. La sugar se folosește numai grișul de culoare albă, fin. Fiert cu laptele, se poate da sugarului din luna a IV-a. Este bine primit și tolerat de sugari. La noi în țară există tendința de a-l introduce precoce în alimentația sugarului, după luna a III-a, spre deosebire de străinătate, unde majoritatea autorilor îl indică de-abia în luna a V-a—a VI-a (vezi punctul 294).

Grișul este folosit în numeroase combinații dietetice indicate în ultimul trimestru al perioadei de sugar (budinci, găluști, papanași, supe, pireuri).

379. Fulgi de ovăz. Pentru prepararea „fulgilor", grăunțele de ovăz sînt tratate cu vapori calzi și apoi zdrobite.

Dintre toate produsele din cereale, fulgii de ovăz ocupă primul loc în ceea ce privește conținutul în proteine, grăsimi, vitamină B, calciu, fier, cupru și magneziu.

Scanned with OKEN Scanner

Se vor alege fulgi de ovăz de bună calitate, în flocoane fine, fabricați special pentru copii. Se folosesc atît preparați cu lapte, cît și cu apă.

Se indică (lapte cu fulgi de ovăz sau apa de ovăz ca lichid de diluție al prafului de lapte) îndeosebi la sugarii cu tendință la constipație.

380. Produsele de patiserie (biscuiți de diferite sorturi, prăjituri de cofetărie, cornuri, cozonaci, pișcoturi etc.), pe care multe mame le apreciază, ținînd să le dea sugarilor, nu sînt recomandate să intre în planul de alimentație al sugarului. Singurele produse indicate pentru sugari sînt biscuiții fără adaosuri (care au și avantajul că sînt cei mai ieftini) și pesmeții de pîine albă; toate celelalte produse pot declanșa manifestări alergice sau tulburări grave de digestie (diaree, vărsături, inapetență).

381. Pudrele de legume sau de fructe se introduc în alimentația copilului din luna a IV-a, putînd înlocui masa de pireu de zarzavaturi proaspete, de la prînz, sau mesele de fructe de la 10 și de după amiază. Pudrele de mere, banane și morcovi se pot introduce imediat ce copilul a împlinit 3 luni.

În general, sînt bine tolerate de copii, dar se vor introduce totuși cu prudență, ținînd seama de gustul și toleranța digestivă a copilului.

Fiind preparate în condiții de igienă perfectă și la vid, fin divizate și omogenizate, toate pudrele de zarzavaturi sau fructe sînt mai ușor de pregătit, iar copilul le primește și le tolerează mai bine decît pe cele pregătite casnic. Au dezavantajul că sînt foarte scumpe și că nu se găsesc totdeauna; de asemenea, pe acela că la unele din ele o serie de componente au fost distruse prin procedeele de fabricație.

La noi s-au folosit în ultimii ani, în mod intermitent: produsele „Humana" (banane; mere; morcovi; amestecuri de diverse zarzavaturi; zarzavaturi cu adaosuri ca nucile, șocolata, carnea; ultimele nu sînt tolerate de toți sugarii și, de altfel, sînt indicate numai după 6 luni); Vegumine și Veguvit (Wander); legume Galactina.

382. Pireurile de legume sau fructe (mere, piersici, caise, morcovi, spanac) sînt fabricate în ultimul timp și la noi în țară. Sînt ambalate în borcane mici, de 250—300 g. Înainte de folosire se încălzesc ușor. După deschidere se consumă imediat; nu se păstrează de la o zi la alta.

383. Sucurile de legume sau de fructe. În comerț se găsesc sucuri de tomate, morcovi, piersici, pere, portocale și lămîi. La sugar nu se vor folosi sucuri conservate. Prin procedeele de fabricație și folosirea diverselor substanțe conservante, o parte din vitamine sînt distruse. O parte din sucurile de citrice (provenite din import) s-au dovedit nocive pentru copil (fermentate, degradate sau chiar infectate) (vezi punctul 276).

384. Compoturile sînt indicate după primul an de viață. La sugarii mari (9—12 luni), cu o bună toleranță digestivă, în lunile în care nu se găsesc fructe proaspete se pot încerca compoturile de mere sau gutui, care din cauza cantității de pectine sînt bine tolerate. Fructele din compot se strivesc bine, eventual se pasează și, după nevoi, se pot amesteca cu biscuiți sau pesmeți de pîine.

385. Conservele de fructe (gemuri, paste, pireuri) sînt tolerate de unii sugari între 9 și 12 luni. Se pot folosi în diferitele combinații care se prepară în casă (prăjituri de casă, budinci etc.) și sub formă de tartine la sugarii care primesc, tolerează și au învățat să înghită bine.

Se pot încerca următoarele produse: pasta de măcieșe, gemul de afine, pasta de mere, gemul de caise și pulpa vișinelor din dulceață.

386. Elonac (Guigoz) este o pudră din carote (82—84%) la care s-a adăugat zahăr nutritiv, sare, cacao, făină de ghindă prăjită (tanin). Conținutul ridicat în săruri minerale și sare de bucătărie ușurează remineralizarea, în timpul diareei; pot

Scanned with OKEN Scanner

rezulta creșteri ale greutății, surprinzător de mari (edeme alimentare), care dispar de îndată ce se crește cantitatea de lapte.

Se indică în tratamentul diareilor. Se prepară cu 5—10% pudră.

Supa de morcovi, preparată corect, are aceleași efecte. La noi în țară s-a fabricat, pentru cîtva timp, un produs similar de pudră de morcovi, foarte bun.

387. Arobon-ul este un produs natural al firmei Nestlé, preparat din:

— 80% făină de roșcove (fructul arborelui *Ceratonia Siliqua*)

— 15% amidon pur și

— 5% cacao (teobromină de cacao).

Analiza compoziției fructului a dovedit că boabele, coaja și textura de legătură conțin, în proporții variate, pectină, lignină, tanin.

Se folosește în prevenirea și tratamentul diareilor acute sau cronice la sugar, copil și adult. Are avantajul că poate fi dat la sugarii de prima vîrstă, este ușor de preparat și este primit cu plăcere de toți copiii. Este însă mai puțin eficace decît supa de morcovi (bine preparată!).

Poate fi folosit în toate categoriile de diarei: enterite simple, dizenterii, enterocolite, colite, boala celiacă.

Arobon-ul este deja copt, așa că nu necesită nici un fel de fierbere. Folosirea sa este simplă și rapidă. În concentrația dorită, se adaugă cu măsura (se găsește în cutie) — care conține, rasă, 1 g Arobon —, în laptele deja preparat sau în apa prealabil fiartă. Se agită biberonul sau, dacă se pune într-o căniță, se amestecă energic. Prepararea poate fi făcută pentru mai multe biberoane, cu condiția de a dispune de un frigider.

Pentru prevenirea tulburărilor digestive se adaugă în mod sistematic 2% Arobon la regimul obișnuit (2 măsuri rase la 100 ml lichid). La prematuri, doza va fi numai de 1%.

În cazurile de diaree declarată se administrează timp de 12—14 ore Arobon:

— 3—5% de la naștere pînă la 6 luni (3—5 măsuri rase în 100 ml apă);

— 5—10% peste 6 luni (5—10 măsuri în 100 ml apă), calculînd 160—180 ml lichid/kilocorp/24 ore.

Se poate îndulci cu glucoză 5% sau cu zahăr 3—5% sau, în sfîrșit, cu 1 tabletă de zaharină la 200 ml lichid.

Din a doua zi se adaugă alimentul de tranziție corespunzător („Eledon", „Lacto"), după indicațiile medicului.

Revenirea la alimentația normală se face treptat. Arobonul se menține într-o concentrație mai mică (1—3%), ca adaos la alimentația normală, încă 3—4 zile după reapariția scaunelor normale.

Valoare calorică: 280 calorii/100 g.

Rețete

388. Reguli generale de pregătire a preparatelor cu fructe sau/și zarzavaturi. Pentru protecția vitaminelor în timpul preparării alimentelor este indicat să se respecte regulile următoare:

— Alimentele se fierb cît mai scurt timp posibil, în vase acoperite cu capac.

— Prepararea legumelor și fructelor (curățire, tăiere, răzuire) se face cu puțin timp înainte de fierbere. Păstrarea în apă pentru mai multă vreme este contraindicată,

Scanned with OKEN Scanner

deoarece vitaminele și sărurile minerale trec în apă. Hrana se servește la scurtă vreme după ce a fost fiartă; în caz contrar, se răcește imediat și se păstrează la rece. Apa de fierbere nu se aruncă, întrucît conține vitamine și săruri minerale.

— Se folosesc numai cuțite inoxidabile.

— La răzuirea fructelor și zarzavaturilor proaspete se folosesc numai răzătoare de sticlă.

— Nu se folosesc vase de aramă.

— Îndulcirea conservelor de fructe se face înainte de a le steriliza.

— Sucurile de fructe sau de legume, precum și pulpa rasă de fructe (mere) sau rădăcinoasele rase (morcovii) se prepară înainte de a fi date copilului.

— Se vor prefera produsele de cereale complete, produselor de brutărie preparate cu făină albă.

— Pentru a asigura aportul de grăsimi și de vitamine liposolubile este bine să se adauge puțin unt la pireul de legume.

— Fructele și legumele crude se spală cu grijă înainte de a fi consumate (pericol de infecție și de intoxicație cu substanțe insectofungicide).

— Persoana care prepară alimentele pentru copil se spală pe mîini cu apă și săpun, iar vasele și ustensilele folosite pentru copil se spală bine cu detergenți și se opăresc încă o dată înainte de întrebuințare.

— Preparatele industriale de fructe și legume se folosesc cu prudență, la recomandarea medicului, ținînd seama de vîrsta copilului, de starea lui de sănătate, de stadiul diversificării alimentației, de toleranța digestivă și de modul cum primește alimentul respectiv. Înainte de folosire se verifică data fabricării, durata valabilității, prevederile de pe etichetă asupra modului de administrare, etanșeitatea și bombarea cutiei, iar după deschidere se controlează gustul, mirosul, culoarea și omogenitatea conținutului.

— În cazul cînd pe piață se găsesc mai multe fructe și legume de sezon, se preferă cele care sînt primite cu plăcere de copil, sînt bine tolerate, conțin substanțe cu valoare nutritivă mare, se găsesc pe o perioadă mai lungă de timp (tomate, morcovi, mere), sînt mai ieftine și sînt ușor de pregătit.

389. Apa (decoct, zeama) de fulgi de ovăz se obține prin fierberea fulgilor de ovăz (vezi punctul 379) și se folosește ca lichid de diluție la sugarii cu tendință la constipație.

a) *Zeamă subțire* **3%**. 30 g de fulgi de ovăz se adaugă la 1 litru de apă rece și se pun la fiert. Cînd apa începe să fiarbă se mai lasă la foc mic timp de 1/2—1 oră. Apa scăzută se completează cu apă fiartă pînă la 1 litru. Se poate adăuga puțină sare de bucătărie.

Mama va citi cu atenție prospectul ce însoțește cutia cu fulgi de ovăz, pentru că în ultimul timp au apărut produse prăjite sau transformate prin procesul de fabricație, încît prepararea s-a simplificat mult.

b) *Zeamă de fulgi de ovăz prăjiți* (de exemplu, Kölln-Schmelzflocken). La 1 litru de apă se adaugă 4 linguri de fulgi de ovăz și, amestecîndu-se continuu, se fierbe 2 minute. Nu mai este necesară trecerea prin sită. Se adaugă puțină sare.

c) *Zeamă de ovăz decorticat și fragmentat* se dă numai la copiii mai mari (sugarii de 11—12 luni și copiii peste 1 an). 30 g ovăz decorticat și mărunțit se înmoaie timp de 12 ore în apă rece și apoi se pune la fiert. Se fierbe 1—2 ore la foc slab. Se trece printr-o sită fină și se completează pînă la 1 litru. Se poate da ca atare (în-

dulcit sau sărat) sau se folosește la prepararea altor compoziții, pentru copiii care nu progresează sau nu tolerează alte cereale.

390. Apa de orez. Pentru prepararea apei de orez sînt necesare: 30 g orez (6 linguriţe sau o lingură cu vîrf); 3 g sare (1 vîrf de cuţit); 50 g zahăr (10 linguriţe); 1 litru de apă.

Se aleg de corpii străini şi de impurităţi cele 30 g de orez şi se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 12 ore în apă rece (de seara pînă dimineaţa), după care se completează apa în care a stat orezul pînă la 1 litru şi jumătate. Se fierbe la foc potolit, 1—2 ore, pînă cînd boabele se zdrobesc uşor şi apa scade la 1 litru (se amestecă în timpul fiertului, pentru ca orezul să nu se prindă de vas). Cînd este bine fiert se strecoară printr-o sită deasă sau prin tifon. Se adaugă cele 50 g zahăr şi vîrful de cuţit de sare şi se mai dă în fiert 3—4 clocote.

Apa de orez se foloseşte ca dietă în diaree şi ca lichid de diluţie pentru pregătirea diferitelor preparate din praf de lapte.

Prepararea apei de orez din făină de orez. Se folosesc 30 g făină de orez (15 linguriţe rase) la 1 litru de apă. Făina se amestecă mai întîi bine cu o cantitate mică de apă rece şi se toarnă peste restul de apă fierbinte (1 litru). Se fierbe la foc potrivit, amestecînd mereu timp de 10 minute. În timpul fierberii se completează cu apă fierbinte apa care a scăzut (pînă la 1 litru).

391. Babeurre-ul. Se strecoară 1 litru de lapte de bună calitate, se bate cu un tel şi apoi se lasă în repaus, în condiţii de temperatură care să nu-i modifice calităţile (la rece). După 30 de minute se formează la suprafaţă un strat de grăsime (smîntînă) de 2—4 mm. Se scoate grăsimea, se fierbe laptele timp de 20 de minute — adăugînd apa scăzută —, se aduce în baie marină la temperatura de 37°, se adaugă aproximativ 3 linguri de maia de *babeurre* din ziua precedentă, se pune la prins. Cînd s-a prins se pune oala pe un foc mic şi se bate cu telul pînă la primul clocot; se retrage apoi de pe foc şi se mai bate încă 20 de minute, timp în care se adaugă zahăr (1 linguriţă la 100 ml) şi eventual făină 2%. În familie, de cele mai multe ori nu „se reuşeşte" prepararea unui babeurre de bună calitate (prea acid, grunjuri prea mari, „se taie" etc.).

De aceea, în practică se apelează la produsul industrial „Eledon" sau se acidifiază produsul românesc de praf de lapte degresat „Lacto".

Se foloseşte în alimentaţia prematurilor şi în caz de diarei grave la sugari.

392. Lapte albuminos modificat (reţeta Clinicii de pediatrie de la Spitalul „Fundeni" din Bucureşti). La 1 litru de lapte de vacă se adaugă o lingură de labferment şi se pune într-o baie marină, la temperatura de 42°. După 30 de minute cazeina precipită. Cheagul rezultat se pune la scurs într-un săculeţ de tifon apoi se spală sub jet de apă rece, se trece de două ori prin sită şi se resuspendă în 750 ml mucilagiu de orez sau de Zeamil. În funcţie de lichidele folosite se obţin trei tipuri de lapte albuminos:

a) 1 litru lapte de vacă se fierbe timp de 20 de minute şi apoi se retrage de pe foc. După 10 minute se adaugă 8 comprimate de lactat de calciu (4 g) sau 8 linguriţe de zeamă de lămîie. Se pune din nou la un foc mic, şi, după ce „se taie", se scurge (spălat sau nu de grăsime) printr-un tifon. Se resuspendă în 750 ml mucilagiu de orez, Zeamil sau Arobon.

b) Se procedează la fel, dar resuspendarea se face în 750 ml lichid, compus din 375 ml apă + 375 ml zer cu 5% zahăr, sau în 375 ml apă + 375 mucilagiu de orez.

c) Resuspendarea se face numai în zer.

Scanned with OKEN Scanner

393. Biscuiți cu mere rase. Pentru o porție de 200 g cu 15% biscuiți sînt necesare:

30 g pesmet de pîine sau de biscuiți
200 ml apă rece
50 g mere
eventual 15 g brînză de vaci (2—4 linguriță).

30 g pesmeți se înmoaie în 200 ml apă rece și se pun la fiert. După ce dau de 2—3 ori în clocot se bat bine cu telul și se trec printr-o sită mai largă. La sugarul mai mare nu se trec prin sită.

Se adaugă 50 grame mere rase, se amestecă bine.

Se mai poate adăuga brînză de vaci (2—4 linguriță).

Unii copii preferă să se îndulcească cu 1—2 linguriță de sirop de zahăr.

În loc de pesmet de pîine se pot folosi 3 biscuiți din comerț (cei de 9 lei, care sînt cei mai indicați pentru sugar).

394. Brînza de vaci. Se prepară atît din lapte nefiert cît și din lapte fiert.

Pentru sugari, și mai ales în perioada anotimpului cald, se recomandă prepararea numai din lapte fiert.

a) *Brînza de vaci din lapte nefiert.* Laptele este lăsat să se prindă la temperatura camerei. După 24 de ore se ia smîntîna și se pune laptele la foc moale, amestecînd mereu pînă cînd se formează cheaguri mari de brînză. Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeț de tifon, pentru ca să se scurgă zerul. Atenție la calitatea laptelui!

b) *Brînza de vaci din lapte fiert.* Laptele fiert se însămînțează cu maia, adică iaurt preparat cu o zi înainte (1 linguriță la 200 ml lapte) și se pune la prins la temperatura camerei. În continuare, modul de preparare este același ca pentru brînza de vaci din lapte nefiert.

c) *Brînza de vaci preparată rapid cu lactat de calciu.* Se ia 1 litru de lapte de vacă și se pune la fiert. În momentul cînd începe să dea în clocot se adaugă 8 comprimate de lactat de calciu (4 g). Prin amestecare, laptele se încheagă (se produce o coagulare în masă). Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeț de tifon pentru a se scurge zerul. Brînza astfel obținută se trece printr-o sită deasă, pentru a se obține grunji fini.

Este necesară o cantitate de lapte de 4—5 ori mai mare decît cantitatea de brînză pe care dorim să o pregătim (pentru 200 g brînză este necesar circa 1 litru de lapte de vacă).

d) *Brînza de vaci preparată cu cheag.* Se fierbe 1 litru de lapte și se lasă să se răcească pînă la temperatura corpului. Se adaugă 10 g (2 linguriță) de cheag procurat din comerțul de stat. După aceea se lasă să stea liniștit timp de 12 ore, pentru a se separa brînza de zer. Se toarnă într-o traistă de pînză (fiartă și spălată după fiecare întrebuințare).

e) *Brînza de vaci din lapte praf.* Jumătate din pachetul de 1/2 kg lapte praf „Rarăul" sau „Mureșul" se toarnă peste $1^1/_2$ litru de apă, se amestecă și se pune la fiert, amestecînd mereu cu un tel pentru a se realiza o emulsie omogenă (fără cocoloașe) de lapte. După ce a dat de cîteva ori în fiert se stinge focul și, în laptele fierbinte, se adaugă 16 comprimate de lactat de calciu. Se realizează în medie 400 g brînză de vaci.

Brînza de vaci se poate da copilului amestecată cu: pesmeți fin divizați și înmuiați în ceai; mere rase și biscuiți; pireu de morcovi; orez pasat.

Scanned with OKEN Scanner

395. Biscuiți cu brînză de vaci. 25 g biscuiți de bună calitate (cei mai buni sînt biscuiții fără adaosuri, care au avantajul că sînt și cei mai ieftini) se fierb în 200 ml apă, la o flacără mică, pînă se realizează un terci. După ce se răcește la temperatura camerei se adaugă 50 g brînză de vaci.

Dacă familia are un frigider bun, brînza de vaci se prepară pentru două zile. Brînza de vaci procurată direct de la producători, precum și cea preparată în casă direct din lapte crud prezintă riscul infectării sau alterării, ducînd uneori la accidente grave.

396. Brînza de vaci cu biscuiți și suc de fructe. Cantități: 2 biscuiți, 100 g brînză proaspătă de vaci, 2 linguriță de zahăr, 2 linguriță de suc de fructe (mere, piersici, caise, vișine, portocale) sau de tomate.

Se pisează biscuiții și se amestecă cu sucul de fructe sau de tomate, pînă rezultă o pastă. Separat, se freacă, într-o farfurie adîncă de material plastic, brînza de vacă cu zahărul și se amestecă totul împreună.

397. Budincă de făinoase cu lapte, cu sau fără brînză. 3 linguri de orez spălat sau 3 linguri de griș, fierte bine în 250 ml apă, pînă ce apa scade. Se trece prin sită, se adaugă 200 ml lapte cald și se amestecă cu 50—100 g brînză de vaci, 1 linguriță de unt, 1 gălbenuș de ou frecat cu 30 g zahăr și puțină sare, iar la urmă albușul bătut spumă. Se răstoarnă compoziția într-o cratiță unsă cu unt și presărată cu pesmet; se ține la cuptor pînă ce se rumenește bine.

398. Budincă de Zeamil. 250 ml lapte, 40 g zeamil, 5 g unt, 25 g zahăr, 1 ou, sare.

Se fierbe laptele amestecat cu unt și zahăr. Separat Zeamil-ul se pune în puțină apă și, după ce se obține o emulsie omogenă, se toarnă în vasul cu lapte. Se fierbe totul, agitînd mereu pînă rezultă un amestec consistent. Se lasă totul să se răcească, se adaugă gălbenușul și la sfîrșit spuma albușului bătut. Compoziția rezultată se transvazează într-un vas înalt, care se pune într-o baie de apă și se fierbe circa 3/4 de oră. În stare caldă se răstoarnă pe un platou și se servește cu garnitură de dulceață sau de fructe (mere rase, zmeură bine sfărîmată, suc de afine sau de vișine) la copii peste vîrsta de 10 luni.

399. Compot de mere. 200 g mere, 300 ml apă, 10 linguriță de zahăr și eventual vanilie.

Se fierbe apa cu zahărul, înlăturîndu-se spuma și impuritățile care apar la suprafața lichidului de fierbere. Separat, după ce au fost bine spălate, merele se curăță de coajă, li se înlătură sîmburii, împreună cu miezul tare și se pun în sirop în momentul cînd acesta începe să clocotească. Eventual se poate adăuga un fragment mic dintr-un baton de vanilie. Se lasă pe foc pînă merele se înmoaie bine. Se servește numai după ce s-a răcit la temperatura camerei.

Tot la fel se prepară și compotul de pere (se poate încerca la sugari după 8 luni, cu tendința la constipație) și cel de gutui (cu acțiune constipantă din cauza conținutului mare în pectine).

400. Dieta de mere, după Heisler și Moro. Se aleg mere de bună calitate, se curăță de coajă și de sîmburi și apoi se răzuie. Pentru o porție de 200 g se vor amesteca: 100 g mere rase, 50 g ceai, 50 g ser Ringer și 10 g zahăr.

Înainte de folosire, biberonul se încălzește la temperatura corpului și se agită bine, pentru a omogeniza compoziția.

Dacă se folosesc mere care s-au deshidratat parțial (primăvara) se vor folosi 50 g măr și 150 ml lichid diluție.

Scanned with OKEN Scanner

401. Făina rumenită. Se pune făina într-un strat nu prea gros într-o tavă uscată (fără grăsime), care se introduce într-un cuptor bine încins. Se amestecă din cînd în cînd cu o lingură de lemn și se lasă la foc pînă devine galbenă-ruginie.

Se răstoarnă pe o coală de hîrtie curată și se lasă să se răcească. Se păstrează într-un loc uscat, în cutii de tablă bine închise.

402. Fiertura caramel cu unt (Rominger). 100 ml lapte integral, 5 g unt, 10 g zahăr, 8 g Zeamil.

Untul se încinge într-o tigăiță și se prăjește pînă ce totul se colorează brun-deschis. Se adaugă zahărul și se caramelizează. Apoi se fierbe cu laptele și se îngroașe cu Zeamil. Acest preparat cu înaltă valoare calorică este bine tolerat și de sugarii cu o mare sensibilitate la grăsimi, și acceptat cu plăcere.

403. Fiertura de morcovi în lapte integral. Este un preparat cu valoare calorică mare și, în același timp, cu acțiune antidiareică. Se recomandă în special la sugarii care au pierdut în greutate prin afecțiuni diareice premergătoare.

În 100 ml lapte integral se adaugă: 5—10 g făină de orez și 10 g zahăr. Totul se fierbe, amestecînd, pînă se obține un amestec de consistență groasă.

Separat, se prepară supa de morcovi, după rețeta obișnuită (vezi punctul 438). Ambele preparate se amestecă bine și amestecul se încălzește înainte de masă.

404. Fiertura cu lapte, făină și unt Moro (după numele lui Ernst Moro, care a fost pediatru la Heidelberg, și a trăit din 1874 pînă în 1951). La 1 litru de lapte rece se adaugă 30 g făină de cereale, cernută și rumenită, și 70 g zahăr. Se fierbe în clocot timp de 20 de minute, adăugîndu-se apă în locul laptelui care scade prin fierbere. După 20 de minute se adaugă și 50 g unt; se continuă fierberea pînă la topirea untului.

La o porție pentru o masă se folosesc 200 ml lapte integral, 6 g făină, 14 g zahăr, 10 g unt.

Această fiertură este redată în literatura pediatrică românească sub numele de „Fiertura Moro I", în cea germană ca „Moro-Milch", iar în cea franceză „la soupe au beurre avec lait entierre, selon Moro". Valoare calorică: 1 420 calorii/1 litru.

405. Fiertura Moro II (*„Buttermehlvollmilchbrei Moro*). La 1 litru de lapte integral se adaugă 70 g făină albă rumenită și 50 g zahăr. Se fierb în clocot timp de 20 minute și apoi se adaugă 50 g unt.

În timpul fierberii se amestecă în permanență cu o lingură de lemn.

La o porție pentru o masă se folosesc următoarele cantități: 200 ml lapte integral, 14 g făină, 10 g zahăr, 10 g unt.

Atît fiertura I cît și fiertura a II-a „Moro" se indică de medic, la sugarii de peste 6 luni, în caz de distrofii și diateze exsudative.

Nu se dau la copiii cu dispepsii.

Valoare calorică = 1 600 calorii/1 litru.

406. Găluști cu griș. 1 litru apă, un vîrf de cuțit de sare, un ou, griș.

Se pune la fiert apa cu sarea. Pregătirea găluștelor se face numai după ce apa a dat în clocot. Se bate bine cu furculița oul întreg și se adaugă griș, în ploaie, pînă se obține o pastă nu prea vîrtoasă. Se moaie linguriță în apa clocotită și se taie găluști subțiri (cresc în apa fierbinte), care se scufundă treptat în apa care clocotește. Se fierb în vasul acoperit, timp de 15 minute. Se controlează dacă sînt fierte pînă la mijloc, secționînd în două o găluscă.

Se servește în supa de carne, la sugarii după vîrsta de 8 luni.

407. Griș cu lapte. Se poate prepara lapte cu griș: cu lapte diluat sau cu lapte nediluat; cu o cantitate de griș de 2 g sau de 7 g la 100 ml lapte; se pun 5 g zahăr

Scanned with OKEN Scanner

la 100 ml lapte. Se fierb 20 de minute. Concentrația laptelui și a grișului este în funcție de vîrsta sugarului: în luna a 4-a—a 5-a se prepară cu 2% griș și lapte 2/3; apoi cu 5% și 7% griș și cu lapte nediluat.

a) *Griș cu lapte 2/3 cu 2% (5%) griș și 5% zahăr.* Pentru o porție de 200 g sînt necesare: 140 g lapte, 150 g apă, 4 g (sau 10 g) griș (1 linguriță plină cu griș are 5 g) și 10 g zahăr (1 linguriță de zahăr are 5 g).

Grișul este lăsat să stea un sfert de oră în apă rece, după care se fierbe în această apă, la foc moale, pînă ce apa scade la jumătate; se adaugă atunci la laptele care a fost pus la foc cu zahărul; se fierbe împreună pînă ce rămîn 200 g. Se adaugă puțină sare.

b) *Griș cu lapte integral cu 5 % griș și 5% zahăr.* Pentru o porție de 200 g sînt necesare: 200 g lapte, 75 g apă, 10 g griș (2 linguriță) și 10 g zahăr (2 linguriță). Modul de preparare ca mai sus.

Grișul cu lapte se mai poate prepara în felul următor: laptele cu apa și zahărul se pun la fiert; cînd fierbe în clocot se adaugă grișul „în ploaie", adică presărat cîte puțin, amestecînd repede ca să nu se facă cocoloașe. Fierbe timp de 15—20 de minute la foc potrivit, pînă ce rămîne cantitatea de 200 g.

408. Iaurtul. Laptele este fiert și răcit la 20—24°. Se adaugă maia din iaurtul din ajun (o linguriță de maia la 200 ml lapte) și se amestecă bine. Se ține la temperatura camerei timp de 5—8 ore sau se pune în apropierea unei surse de căldură, în care caz iaurtul se prinde mai repede (fermentația este mai rapidă). După ce s-a prins iaurtul, se pune la rece și se administrează copilului în cel mult 24 de ore.

Se poate adăuga zahăr 5% (1 linguriță la 100 g iaurt) și eventual pesmet de pîine.

409. Laptele acidulat *(din lapte de vacă).* Pentru prepararea unui litru de lapte acidulat integral sînt necesare: 1 litru lapte de vacă, 50 g zahăr (10 linguriță), 20 g făină rumenită (10 linguriță rase), 10 linguriță de zeamă de lămîie sau 10 linguriță de acid lactic 10% (vezi și punctele 367, 368, 369, 370).

Făina se rumenește fără unt, într-o cratiță sau tigaie curată, amestecîndu-se mereu pentru a se rumeni uniform, pînă capătă o culoare aurie.

Făina rumenită și zahărul se amestecă într-o căniță curată, adăugîndu-se, puțin cîte puțin, lapte rece (100 ml). Se adaugă totul la restul de lapte (900 ml) pus la foc. Se fierbe în clocot 10 minute, amestecîndu-se tot timpul, pentru a nu se prinde de pereții vasului. Se completează cu apă fiartă pînă la 1 litru. Se strecoară printr-o sită deasă. Se răcește la 37° (temperatura corpului), se adaugă picătură cu picătură zeama de lămîie sau acidul lactic (10 linguriță) și se bate tot timpul cu telul.

Se prepară pentru o singură zi.

Se păstrează la rece.

În momentul administrării se pune cantitatea necesară în biberon, apoi se încălzește într-un vas cu apă caldă.

Notă: laptele acidulat se poate prepara și cu făină de porumb (Zeamil).

410. Lapte calcic 1/2. Cantități: 500 ml apă de orez 3%, 1,50 g lactat de calciu (5 pachețele a 0,30 g praf lactat de calciu), 500 ml lapte vacă, 50 g zahăr.

500 ml apă (decoctul) de orez se pune la fiert, adăugîndu-se 1,50 g lactat de calciu, și se amestecă continuu. După ce a clocotit 3 minute, se toarnă încet, în vasul care fierbe, 500 ml lapte și se amestecă energic. Se mai fierbe un minut și apoi se răcește brusc. Are aspectul laptelui bătut. Valoare calorică = 610 calorii/1 litru.

Scanned with OKEN Scanner

a) *Laptele calcic 2/3.* Cantități: 340 ml apă de orez 3%, 2 g lactat de calciu, 660 ml lapte de vacă, 50 g zahăr.

Prepararea se face la fel. Valoarea calorică = 720 calorii/1 litru.

Este indicat în alimentația mixtă sau artificială a sugarilor din primul trimestru și în realimentare după dispepsiile ușoare.

411. Lapte cu biscuiți. În 200 ml lapte se înmoaie 20 g biscuiți rași fin și tot amestecul se fierbe 10 minute. La sfîrșit, în timp ce fierbe, se adaugă 10 g zahăr.

Rezultă o compoziție groasă, ce se poate da cu linguriță la sugarii peste 6 luni.

În același mod se poate prepara lapte diluat 1/2 (100 ml lapte + 100 ml apă) cu biscuiți.

412. Lapte cu supă de morcovi. Este o formă specială de lapte diluat, cu un adaos de supă de morcovi sau chiar cu pireu de morcovi, înzestrat cu acțiune antidiareică.

Se recomandă la sugarii convalescenți de diaree sau la înlocuirea a 2 mese de lapte pe zi după luna a IV-a, la copiii care fac dificultăți la diversificare sau la cei predispuși la tulburări digestive.

413. Mere rase. Se aleg mere bine coapte, mai puțin acide și de bună calitate (Jonathan; crețești; mere dulci de vară etc.). Se spală bine (pentru a se înlătura murdăria și urmele de substanțe insecticide). Se curăță și se trec pe o *răzătoare de sticlă* (vezi punctul 282).

Rezultă un terci care, la nevoie, se îndulcește cu puțin ceai bine îndulcit sau cu sirop de zahăr.

Se consumă imediat.

Se pot asocia cu pesmet, cu biscuit și, eventual, cu brînză de vaci (vezi și punctul 427).

Merele conțin pectină, pectază, tanin și lignină.

100 g mere conțin 50—60 de calorii.

Mărul este folosit acum de către multe firme pentru prepararea de diverse conserve de fructe pentru sugari, în numeroase forme („pudre de fructe", „fructe omogenizate", pireuri, *Brei*-uri etc.).

Toate se folosesc numai la indicația medicului.

În alimentația sugarului se folosesc:

— sucul de mere (din luna a II-a);

— merele rase (din luna a III-a);

— diferite asocieri de mere cu făinoase sau lactate;

— conservele de mere sau de mere amestecate cu banane, sub formă de paste, din luna a III-a—a IV-a (pireul de banane Humana);

— pulbere de mere (Aplona), în tratamentul diareilor;

— asociere de pulbere de măr + pulbere de banane (Dispex; Diarex).

414. Mucilagiu de orez. Pentru prepararea mucilagiului de orez sînt necesare: 50 g orez (2 linguri cu vîrf), 3 g sare (1 vîrf de cuțit), 50 g zahăr (10 linguriță), 1 litru de apă.

Cele 50 g de orez se curăță și se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 12 ore în apă rece, apoi se completează apa în care a stat orezul pînă la 1 litru și jumătate. Se lasă să fiarbă la foc potrivit, timp de 1—2 ore, pînă cînd boabele se zdrobesc ușor și apa scade la 1 litru (în timpul fiertului se amestecă pentru a nu se prinde orezul de vas). Cînd este bine fiert se răstoarnă într-o sită deasă și se pasează (trece) orezul de 1—2 ori. Se adaugă 50 g zahăr, un vîrf de cuțit de sare și se mai dă 2—3 clocote.

Scanned with OKEN Scanner

Mucilagiul de orez se folosește la sugarul după 4 luni, ca dietă în diaree sau ca lichid pentru pregătirea laptelui praf. Se poate da și ca aliment de durată, amestecat cu brînza de vaci. Se păstrează la rece.

Prepararea mucilagiului de orez din făină de orez. Se folosesc 50 g făină de orez. Făina se amestecă mai întîi bine într-un vas curat, cu o cantitate mică de apă rece și se toarnă peste restul de apă fierbinte (1 litru). Se fierbe la foc potrivit, amestecînd mereu, timp de 10 minute. În timpul fierberii se completează, cu apă fierbinte, apa care a scăzut (pînă la 1 litru).

415. Orez pasat cu brînză de vaci. Pentru o porție de 200 g sînt necesare: 150 g orez fiert în apă și trecut prin sită, 50 g brînză proaspătă de vaci, 4 linguriță de sirop de zahăr. Se amestecă bine totul.

Se poate adăuga pentru variația gustului: pireu de mere sau cîteva linguriță de zeamă de roșii sau de citrice, uneori 1—2 linguriță de unt sau frișcă proaspătă (preparată în gospodărie).

416. Papanași fierți. 200 g brînză de vaci, 1 litru apă, un ou, 2 linguriță de griș, 1—2 linguriță de unt sau 3 linguri de caimac, 30 g zahăr, sare.

Se freacă bine brînza de vaci cu gălbenușul și se adaugă grișul și albușul bătut spumă. Separat, se clocotește apa cu sare. Se taie cu lingura găluști care se pun la fiert în apa clocotită. Se fierb 5—10 minute (pînă se ridică și plutesc la suprafață), apoi se scurg și se servesc calzi, cu zahăr pudră.

417. Perișoare de carne. Se prepară în felul următor: la o tocătură trecută de două ori prin mașină, compusă din 40 g carne (vacă, vițel, piept de pasăre) și 10 g pîine albă, se adaugă o lingură de apă rece, se amestecă bine și se fac perișoare de mărimea unei nuci mici, 4—5 la o porție; se introduc în supa care clocotește, cu 20 — 30 de minute înainte de a se servi.

a) *Perișoare cu pireu de morcovi*: 250 g carne, 50 g de pîine albă pesmet, pătrunjel verde tocat mărunt, 10 g unt, 1 lingură de lapte, 250 g morcov, 2 linguriță de caimac, zahăr, sare.

Se alege mușchi de vacă de bună calitate, fără grăsime sau pieliță și se trece prin mașina de tocat, de 2—3 ori, împreună cu pesmetul înmuiat în apă și stors bine. Totul se amestecă cu verdeața fin tocată, sare și o linguriță de lapte. Se fac perișoare care se fierb în aburi timp de 40—60 minute. Se strivesc bine cu o furculiță și se servesc amestecate cu pireu de morcovi îmbogățit cu caimac.

Perișoarele se pot pregăti și din piept de găină sau de curcan. La perișoare se poate adăuga și gălbenuș de ou.

418. Pesmet din pîine albă. Se taie pîine albă în felii subțiri și se așază într-o tavă, care se introduce într-un cuptor încălzit de un foc domol. Pentru a se rumeni uniform se întorc de 1—2 ori; se va evita carbonizarea parțială. După răcire se pisează într-o piuă sau se macină cu mașina specială de pesmet.

Pesmetul obținut se cerne și se păstrează în borcane sau cutii ermetic închise, așezate într-un loc uscat.

Se folosește la fierturi cu lapte, la pireurile de fructe proaspete, la budinci etc.

419. Pireul de banane. Este o formă bine tolerată de completare precoce în alimentația sugarului mic.

O banană mică, bine coaptă, dar nu de culoare brună, se strivește cu furculița pe o farfurie, se diluează puțin cu suc de portocale sau de lămîie și se freacă pînă se obține o consistență spumoasă. La nevoie se mai poate îndulci cu puțină miere sau cu zahăr.

Scanned with OKEN Scanner

Banana este un aliment cu valoare nutritivă mare; 100 g de pulpă de banană conțin: aproximativ 75 g apă, 1,3 g proteine, 5—10 g amidon, 17—19 g zahăr, precum și numeroase vitamine (A, B_1 și C). Valoarea calorică este apropiată de aceea a laptelui de vacă (68 calorii la 100 g).

420. Pireul de banane cu brînză de vaci este bogat în proteine și foarte bine tolerat.

O banană coaptă se freacă spumă cu furculița, apoi se adaugă 1—2 linguri de brînză de vaci degresată și 1—2 linguriță zahăr (5—10 g) și se amestecă.

Se mai pot adăuga 1—2 linguri lapte, pentru diluarea pastei obținute.

Preparatul nu se poate păstra mai mult timp, de aceea se pregătește numai înainte de masă.

421. Pireul de banane cu pesmet este foarte bine acceptat și tolerat de sugari.

O banană mare, bine coaptă, se strivește cu furculița și se bate spumă cu 1—2 linguriță de zahăr sau miere. Se adaugă apoi aceeași cantitate de pesmet sau biscuit ras și se amestecă bine. Pentru a-i schimba consistența se poate adăuga, la nevoie, 1 lingură de lapte condensat, lapte proaspăt sau suc de lămîie.

422. Pireul de cartofi. Cartofii constituie un aliment important pentru sugarii sănătoși. Datorită conținutului scăzut în grăsimi, proteine și anumite săruri, cartofii nu trebuie să constituie un aliment preponderent.

Toamna și iarna sînt importanți și ca purtători de vitamina C. Spre primăvară, vitamina C scade, iar în cartofii alterați sau încolțiți se formează o substanță otrăvitoare pentru copii (solanină), așa că se vor da cu prudență sau se vor înlocui cu alte zarzavaturi.

La sugar se pot da sub formă de pireu de cartofi sau de pireu de zarzavat cu cartofi. Cartofii prăjiți nu se dau sugarilor. Zeama de la cartofii fierți în apă sărată este bine să se folosească la supe sau pireuri de zarzavat, deoarece conține săruri minerale și vitamina C. Pireul de cartofi este cel mai ușor digerabil și cel mai bine primit de către sugar. Se recomandă la sugarul mare.

Se aleg 200 g cartofi de bună calitate, se spală și se fierb înăbușit în apă sărată. După ce s-au fiert se strecoară apa, iar cartofii se curăță de coajă și se trec printr-o sită fină, apoi se pune puțină sare și se amestecă. Pireul de cartofi se poate îmbogăți cu o linguriță de unt sau circa 50 g caimac ori smîntînă de bună calitate. Se pune pe sobă și se bate cu telul pînă arată ca frișca.

La urmă se mai poate adăuga 5 g unt, dacă pireul a fost pregătit numai cu lapte.

Cartofii se vor sfărîma și diviza bine (să fie „ca zăpada"), pentru a putea fi bine digerați. În caz contrar, fragmentele de cartofi pot declanșa colici. Se poate da sugarului, ca masă singură, de la 6 luni.

423. Pireul de fructe cu pesmet. Datorită conținutului bogat în vitamină C și în săruri minerale, se recomandă ca fructele să fie bogat reprezentate în alimentația sugarului din al II-lea trimestru de viață. Una din dificultăți constă în aceea că mulți sugari nu primesc ușor fructele. Pentru a-i obișnui cu gustul fructelor se va încerca (printre alte soluții) și formula ca la început să se dea sub formă de pireu cu pesmet. Fructele se folosesc în funcție de sezon și de toleranța copilului: mere, piersici, caise, tomate, pulpa de vișine, zmeura, afinele.

În 100 ml de apă fierbinte se înmoaie 2 felii de pesmet de pîine albă sau 2—3 biscuiți. După ce se strivesc cu linguriță, se adaugă 4 linguri (circa 60 g) pulpă de fructe

Scanned with OKEN Scanner

rase pe răzătoare de sticlă sau *strivite*, 1—2 linguriţe de unt şi 1 linguriţă cu vîrf de zahăr. Rezultă o compoziţie de aproximativ 200 g.

424. Pireul de spanac este des folosit în alimentaţia sugarului. Din cauza gustului amărui nu este acceptat de toţi sugarii. Spanacul care a înflorit deja este deosebit de amar şi, ca urmare, refuzat de copii.

Se aleg frunze fragede, verzi, mai tinere, înlăturîndu-se codiţele. Se spală bine în mai multe ape reci, se storc bine de apă. Pentru a-şi păstra sărurile minerale şi vitaminele, înainte de a fi pus la fiert se opăreşte cu apă fierbinte. Apoi se fierbe în apă puţină şi cu un vîrf de cuţit de sare, timp de 5—10 minute, pînă se înmoaie foarte bine. Se toacă mărunt şi se pune din nou în apa în care a fiert, adăugîndu-se o linguriţă de unt şi puţină făină de pesmet. În loc de unt şi pesmet se poate adăuga puţin rîntaş din unt şi făină (1 linguriţă de unt şi o linguriţă de făină se prăjesc într-o tigaie pînă se rumeneşte făina, stingîndu-se cu apa în care a fiert spanacul). Spanacul preparat cu rîntaş este mai gustos. Dacă se adaugă puţin lapte sau pireu de cartofi dispare gustul amărui. Se poate încerca şi îndulcirea cu zahăr, dacă sugarul refuză să primească preparate neîndulcite.

Important. Spanacul proaspăt nu se depozitează timp prea îndelungat. Borcanele de conserve de spanac începute nu se pot păstra de la o zi la alta. În primele 3 luni de viaţă nu este recomandabil să se dea sugarului spanac, deoarece nitratul conţinut în spanac se poate transforma în intestinul copilului în nitrit, care este dăunător. Din aceleaşi motive, spanacul rămas de la o masă nu se reîncălzeşte pentru a fi dat copilului.

Scaunele sugarilor hrăniţi cu spanac îşi schimbă adesea aspectul, fără ca aceasta să prezinte vreo importanţă.

425. Pireul de zarzavat. Zarzavaturile conţin mari cantităţi de săruri şi vitamine necesare dezvoltării organismului. De aceea este bine ca ele să fie integrate în mod regulat în alimentaţia copilului. Datorită conţinutului mare în apă (peste 80%!), valoarea lor nutritivă este scăzută. Ca urmare, este necesar să se adauge alimente cu valoare calorică ridicată, cum ar fi grăsimea (unt, caimac, ulei de porumb sau de măsline) şi făinoasele (griş, orez, făină, cartof).

Introducerea zarzavaturilor în alimentaţia sugarului începe în luna a III-a. La început se suplimentează alimentaţia obişnuită, cu cantităţi mici de zarzavaturi, la masa de la prînz. Dacă sugarul refuză alimentul nou se încearcă diferite metode pentru a-l face mai accesibil: se îndulceşte; se diluează cu lapte sau cu apă de fierbere; se „drege" gustul cu puţin suc de citrice etc. În tot cazul, *nu va fi forţat să-l mănînce*! Se începe cu pireul de morcovi, apoi se trece la cel de spanac şi ulterior se pot amesteca mai multe zarzavaturi (morcovi, cartofi, salată verde, roşii, rădăcină de pătrunjel, mazăre verde, sparanghel şi gulii). Frunzele se fierb, se toacă mărunt sau se pasează. Varza nu se recomandă la sugar. Ceapa serveşte numai la supă; se fierbe şi după aceea se înlătură.

Zarzavatul curăţit şi tăiat mărunt se fierbe pînă este suficient de moale ca să poată fi pasat prin sită. Se poate îmbogăţi cu caimacul de la laptele fiert în gospodărie, cu puţin unt, iar mai tîrziu cu un rîntaş din unt şi făină, care se adaugă la zarzavatul pasat. Cu lapte şi apa de la zarzavat, luate în proporţii egale, se fierbe totul pînă se transformă într-o pastă subţire. Se poate adăuga puţină sare.

La sugarul peste 7—8 luni se poate adăuga, înainte de a fi servit, 1—3 linguriţe de verdeaţă crudă, tocată mărunt cu un cuţit (pentru creşterea conţinutului în vitamine).

Scanned with OKEN Scanner

La indicația medicului, adaptat la fiecare sugar, pireul se asociază, alternativ, cu carne fin tocată sau cu gălbenuș de ou proaspăt.

426. Pireu de mere sau pere cu biscuiți, suc de citrice și gem de fructe. 1—2 mere rase se amestecă bine cu făină fină de biscuiți. Se adaugă zeama de la o jumătate de lămîie sau portocală, pastă de măceșe și o linguriță cu vîrf de zahăr.

Unii copii preferă această masă dacă se mai adaugă caimac de la lapte, frișcă (pregătită în casă și foarte proaspătă!) sau lapte condensat.

La copiii cu tendință la diaree se folosesc mere și nu sucul de lămîie, iar la cei constipați, pere și sucul de portocale.

427. Regimul de mere. Mărul crud, ras pe răzătoare de sticlă sau pasat printr-o sită fină, este unul din mijloacele cele mai eficace de combatere a diareilor la toate vîrstele (vezi rețeta 413). Pentru sugarul mic se recomandă în special așa-numita supă de măr, preparată astfel încît poate fi administrată cu biberonul.

428. Supa de măr. Se aleg mere bine coapte, se spală și se răzuie cu coajă, dar fără sîmburi, pe o răzătoare de sticlă. Se amestecă 100 părți mere rase, 50 părți ceai rusesc slab și 50 părți apă sărată (0,5 g sare de bucătărie + 50 g apă). Acest amestec se îndulcește, fie cu zahăr, fie cu glucoză (5 %), fie cu zaharină.

Înainte de administrare, amestecul se încălzește încet, pînă la temperatura corpului, și se agită bine. Orificiul tetinei nu trebuie să fie prea mic.

Dacă merele folosite nu mai sînt zemoase se va adăuga la 50 g măr ras, pînă la 150 g, lichid de diluție.

Sugarul mai mare și copilul mic poate mînca mărul ras ca atare, cu linguriță.

Mărul ras se recomandă și în compoziția pireului de fructe care se administrează sugarului în alimentația curentă.

Toate preparatele de măr se vor administra imediat după preparare. Colorarea brună, binecunoscută, a mărului ras poate fi prevenită prin adăugarea cîtorva picături de zeamă de lămîie.

429. Sos alb (bechamel). 100 ml lapte, 5 g făină, 5 g unt, 1 g sare.

Într-un vas smălțuit se topește untul și apoi se adaugă făina, amestecînd mereu și veghind să nu se rumenească. Peste compoziția rezultată se pune sarea și se toarnă încet laptele, amestecînd în continuare cu o lingură, ca să nu se formeze cocoloașe.

Sosul servește ca adaos la pireul de zarzavaturi fierte (morcovi, cartofi, dovlecei, conopidă) sau la carne fiartă de pasăre. Se poate da la sugar după vîrsta de 8 luni.

430. Sos de roșii. Se fierb 2 roșii în puțină apă și se trec prin sită. Separat, se topesc 5 g unt peste care se adaugă sosul de roșii, 1/2 linguriță de zahăr și puțină sare.

Se poate prepara și cu zeama de la supă.

Se servește ca adaos la perișoarele de carne sau la orezul pasat cu brînză de vaci.

431. Sucul de morcovi este primul suc de zarzavat cu care se diversifică alimentația sugarului, încă din săptămîna a VI-a—a VII-a de viață. Pe lîngă zahăr (9%) și celuloză, conține cantități însemnate de săruri minerale (potasiu și fier), vitamine (B_1, B_2, C), precum și colorantul galben carotenul, care este provitamina A. Acest colorant (care dă și culoarea morcovilor) se fixează ușor în depozitul de grăsime, dînd pielii copiilor ținuți multă vreme la dieta de supă de morcovi o nuanță brună-gălbuie; fenomenul poartă numele de carotinemie; spre deosebire de icterul patologic, sclerele („albul ochilor") rămîn necolorate.

Scanned with OKEN Scanner

Se spală și se curăță bine morcovii. Apoi se răzuie și se trec printr-un tifon curat. Se poate folosi presa de stors fructe.

Se începe cu cîte 1 linguriță de 2 ori/zi, din luna a II-a de viață, chiar cînd sugarul este alăptat. Treptat se sporește cantitatea pînă la cîte 6—8 linguriță/zi.

Sucul de morcovi se poate da amestecat, sau alternativ, cu alte sucuri de fructe (portocale, lămîi, alte fructe de sezon). Neputînd fi păstrat, se pregătește înainte de masă. Sucul provenit din conserve se folosește repede, în 1—2 zile după deschiderea sticlei respective (vezi punctul 276).

432. Sucul de tomate. Tomatele (roșiile) se spală bine la un jet de apă rece, apoi cu apă caldă; sînt puse apoi într-o strecurătoare care se scufundă pe timp de un minut în apă clocotită. Sînt necesare atîtea precauții deoarece pe coaja roșiilor, alături de murdărie și microbi, pot să se găsească substanțe insecticide din grupul Paration-ului, care sînt extrem de otrăvitoare pentru om.

Apoi roșiile se zvîntă și se taie în bucăți mai mici, care se trec prin mașina de tocat carne.

La urmă, zeama rezultată se trece printr-o sită deasă sau printr-o bucată de tifon curată.

433. Sucul de zmeură. Boabele de zmeură se pun în strat subțire și, cu ajutorul unei strecurătoare, se scufundă de mai multe ori într-un vas cu apă. Apoi se zdrobesc cu ajutorul unui făcăleț într-o piuă de metal, de porțelan (mojar) sau de material plastic.

Sucul se trece printr-o sită.

Este un suc pe care copiii îl primesc cu multă plăcere. Culegătorii trebuie însă să aibă mîini curate, iar transportul să se facă în coșuri curate și acoperite, deoarece spălarea zmeurei nu se poate face decît sumar.

Este indicat ca în orice gospodărie cu curte (de la sate și chiar de la oraș) să se cultive cîteva tufe de zmeură.

434. Sucul de lămîie. Sucul acestui fruct conține cantități mai mari de acid citric și vitamina C.

Este folosit ca adaos la masa de măr ras sau de banană cu biscuiți. Îndulcit cu sirop de zahăr se administrează ca primă formă de suc de fructe sugarului mic; nu este însă bine tolerat de toți sugarii. La copilul mai mare este utilizat pe scară largă sucul de lămîie bine îndulcit și diluat cu apă, ca băutură răcoritoare.

Datorită conținutului mai mare în acizi (gustul mai acru), mulți copii refuză sucul de lămîie, preferînd pe cel de portocale, care are gust mai plăcut. Sucul pur de lămîie (zeama obținută prin presare), cu adaos bogat de sirop de zahăr, se oferă copiilor mai mari, cu linguriță, în cazul unor boli febrile (metodă încetățenită în „medicina casnică" și, desigur, indicată, datorită aportului de vitamină C și efectului răcoritor).

435. Sucul de portocale proaspete se obține prin presare.

Fructele citrice (portocal, lămîi, grep-fruit) reprezintă alimente de mare valoare nutritivă, prin conținutul lor în zahăr (10—13%), acizi organici (1—2% acid citric) și vitamine (50 mg vitamină C în 100 g).

Importul acestor fructe este în funcție de anotimpul în care se recoltează în țările producătoare.

Utilizarea este multiplă. Sucul obținut din fructele proaspete, cu ajutorul unei prese de fructe, puțin îndulcit, poate fi administrat sugarului începînd cu a 6-a—a 7-a săptămînă de viață. Se începe cu o linguriță, apoi se crește cantitatea pînă

Scanned with OKEN Scanner

la 20—50 g (poate fi administrată cu biberonul sau cu ceașca). O altă posibilitate este de a-l adăuga la pireul de fructe sau la masa de făinos cu lapte, de seară.

Acizii conținuți în aceste fructe pot determina în mod trecător scaune de consistență ceva mai moale.

Diferitele forme de sucuri de portocale conservate reprezintă numai un surogat al sucului proaspăt. Ele conțin diferite substanțe chimice cu rol conservant. Conținutul unui flacon sau al unei cutii de suc începute are o durată de valabilitate limitată și trebuie transvazat într-o sticlă sau un pahar și păstrat negreșit la frigider.

436. Sufleu de Zeamil cu fructe. 40 g zeamil, 250 ml lapte, 30 g zahăr, 1 ou, fructe.

Se fierbe laptele cu zahărul și se adaugă Zeamil-ul dizolvat în puțin lapte rece. Se lasă totul la fiert pînă se îngroașe. După ce se răcește, compoziția se amestecă cu oul bătut și cu fructe rase (mere) sau bine zdrobite (zmeură), se pune într-o tavă unsă și se coace la cuptor circa 40 de minute.

Sufleul poate fi preparat și fără fructe, urmînd ca acestea să se adauge ca garnitură, sub formă de suc, în momentul cînd se servește copilului.

437. Supa de carne. Într-un litru de apă rece se pune:

— fie 1/4 kg carne de vițel
— fie 1/4 carne de vită
— fie 1/2 kg oase de vițel sau de vită
— un vîrf de cuțit de sare
— verdeață (pătrunjel)
— rădăcinoase (morcovi, gulii, țelină)

și se fierbe 1—1 1/2 ore, la un foc domol. Se strecoară printr-o sită și, dacă este cazul, se poate lua grăsimea.

438. Supa de morcovi. Constituie un preparat de mare importanță în tratamentul diareilor sugarului. Supa de morcovi se poate administra după vîrsta de 2 săptămîni. Între 2 săptămîni și 2 luni se dă în concentrație de 30% (300 g morcovi la 1 litru de supă de morcovi), iar după aceea în concentrație de 50%.

Pentru prepararea supei de morcovi sînt necesare:

— 300 g morcovi tineri sau carote, pentru sugarii prematuri și sugarii sub vîrsta de 2 luni
— 500 g morcovi pentru sugarii mai mari
— 1 litru apă
— 3 g sare (un vîrf de cuțit)
— o cratiță emailată de circa 2 litri
— o sită deasă.

Se aleg morcovii mai tineri, se curăță, se spală și se taie în rondele subțiri. Se pun la fiert într-un litru de apă rece. Se fierbe 2 ore la foc moale, pînă cînd morcovii se fărîmă cu ușurință. În timpul fierberii se adaugă apă, pînă la 1 litru. După fierbere, morcovii se trec (pasează) de 2 ori printr-o sită deasă. Se adaugă 3 g sare, se completează cu apă pînă la 1 litru și se pun din nou pe foc, unde se țin pînă mai dau în clocot de 2—3 ori.

După fierbere, se răcește, punîndu-se vasul cu supa de morcovi într-un vas mai mare cu apă rece.

Se păstrează la rece și se folosește numai 24 de ore.

Înainte de a se turna în biberon sau căniță, supa de morcovi se amestecă pentru omogenizare. Biberonul sau cănița cu supă de morcovi se încălzește într-un vas cu apă caldă, înainte de a se da copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Valoare calorică: 225 calorii/litru.

Indicații. Se folosește ca aliment dietetic în diareile sugarului. Administrată în cantitate mare și pe perioade lungi, supa de morcovi devine factor de iritație colică, rezultînd un tranzit accelerat, cu scaun lichid și grunjuri.

Unii sugari mai mari o primesc mai greu. La aceștia se poate folosi următoarea rețetă: 500 g morcovi + 100 g orez macerat + 50 g zahăr + 1 000 ml apă.

439. Supa de griș. În 200 ml supă de carne sau de oase (sau de rădăcinoase), degresată și puțin sărată, se pun 20 g griș la fiert și se amestecă pe foc pînă se formează o pastă mai consistentă.

La această fiertură (150—200 ml) se poate adăuga pireu de zarzavat (50 g).

440. Supă de oase. La 1 kg de oase se pun 3 litri de apă rece; se fierbe timp de 3 ore; se ridică spuma; către sfîrșitul fiertului se pun zarzavaturile, bine spălate, curățate, și puțină sare. După ce au fiert bine zarzavaturile, se ia supa de pe foc, se lasă să se răcească, se înlătură grăsimea de deasupra.

441. Supa de orez. Se spală 20 g de orez și se pune de seara în puțină apă, la înmuiat. În dimineața următoare, orezul umflat se fierbe timp de 1/2 de oră în 200 ml bulion de carne și se trece apoi printr-o sită mai rară.

În caz că se evaporă mult lichid, se adaugă la urmă puțină apă fiartă.

Se indică la sugarii care au tendință la diaree și la cei cu colită.

442. Supa de zarzavat. Pentru o porție de 250 ml supă de legume sînt necesare: 100—130 g zarzavat curățat, 5 g griș (1 linguriță), 1 vîrf de cuțit de sare, 250 ml apă.

Se prepară din legume mult mai variate, după sezon: morcov, în cantitatea cea mai mare, pătrunjel, cartof, ceapă, țelină; vara se adaugă ardei gras, tomate, dovlecel, foi de salată verde, frunze de spanac, 1—2 păstăi de fasole verde. Se va începe cu supă în care se fierbe numai morcovul și albitura, se pasează numai morcovul și se dă, după gustul sugarului, cu puțin zahăr, griș sau suc de lămîie.

Zarzavatul se curăță și se spală bine de mai multe ori, în apă rece (curgătoare). Se taie în bucăți mari și se pune în apa care a început să clocotească. Legumele nu se fierb în prea multă apă, ci numai într-o cantitate suficientă ca să le acopere. În timpul fierberii se completează apa care a scăzut. Se fierbe acoperit. Cînd legumele sînt fierte se zdrobesc ușor cu furculița. Se strecoară, se adaugă în supă 1 vîrf de cuțit de sare și 5 g griș (1 linguriță la 250 ml supă), turnat în ploaie. Se mai fierbe 15 minute.

Supa de legume se poate da la început, pînă se obișuiește copilul, cu adaos de zahăr.

Pe măsură ce copilul crește, supa se îmbogățește cu caimacul de la lapte sau cu puțin unt.

Inițial se dă numai zeama de supă, apoi se pasează morcovii; ulterior, supa pasată se dă din ce în ce mai concentrată, ajungînd pînă la consistența de pireu; după 6 luni se dă cu tot zarzavatul pasat. La copiii cu tendință la colită se pasează numai morcovul.

443. Supa de zarzavat II (rețeta Clinicii de pediatrie de la spitalul „Fundeni"). Se pregătește o cană de 250 g cu zarzavat, din care: 1/3 morcovi, divizați în rondele mici; 1/3 cartofi tăiați în bucăți mici; 1/3 un amestec format din țelină, pătrunjel, conopidă, mazăre verde, dovlecel. Se mai adaugă: o roșie crestată; un ardei gras; un bulb de ceapă întreg, fără foi și copt în prealabil pe plită în foile lui. Se adaugă 1 litru de apă. Se fierbe la un foc domol, 2 1/2 ore, pînă rămîne cantitatea de 350 ml de zeamă. La nevoie se adaugă apă sau se continuă fierberea, pînă rămîne cantitatea de 350 ml. Se strecoară legumele, iar cei 350 ml de zeamă se aduc pe foc; la primul clocot se aruncă (în ploaie și amestecînd mereu) o linguriță și jumătate

Scanned with OKEN Scanner

de griș. Se fierbe 20 de minute (interval de timp în care zeama scade 250—200 g). Se adaugă sare.

444. Supă de ouă (Stoeltzner). Se poate da la sugarii distrofici, în vîrstă de 7—12 luni, la indicația medicului.

10 g Zeamil, 500 ml lapte proaspăt, 500 ml apă, 60 g zahăr, un ou.

Se fierb mai întîi 500 ml apă cu 10 g Zeamil și apoi se adaugă 500 ml lapte și 60 g zahăr. Se mai dă de cîteva ori în clocot și, în momentul cînd se ridică de pe foc, amestecul fierbinte se combină treptat (bătînd mereu cu un tel) cu oul bătut în prealabil. Oul se adaugă fragmentat în cantități mici. În tot timpul preparării se bate tot amestecul cu o lingură de lemn sau cu un tel. Se răcește brusc.

445. Supă de rădăcinoase. În loc de supa de carne se poate folosi supa de rădăcinoase.

Într-un litru de apă rece se pune o cană plină cu rădăcinoase tăiate mărunt (morcovi, rădăcini de pătrunjel și de țelină, gulii) și frunze fragede de pătrunjel. Se fierbe aproximativ 1 oră și se trece totul printr-o sită.

446. Supă Czerny-Kleinschmidt. În formula originală, recomandată de cei doi autori, se indicau următoarele cantități: 7 g unt, 7 g făină și 5 g zahăr la 100 ml lichid.

Ulterior, la sugarii cu toleranță digestivă mai scăzută și la distrofici, aceiași autori au folosit la 100 ml lichid de diluție: 5g unt, 5 g făină de grîu și 4 g zahăr.

Untul se pune într-o tigaie, la un foc domol, amestecînd cu o lingură de lemn. Se încălzește pînă dispare spuma, iar mirosul de acizi grași dispare (circa în 3—4 minute). Se adaugă aceeași cantitate de făină de grîu și, amestecînd mereu, se încălzește pînă ce tot amestecul devine mai fluid și capătă o culoare maronie. Rîntașul se stinge cu apă zaharată în concentrația corespunzătoare (vezi mai jos). Amestecul rezultat folosește ca lichid de diluție care se adaugă la lapte fiert și răcit dinainte.

S-au preconizat diferite proporții. Cele mai folosite sînt:

a) 1/3 Czerny: 7 g unt, 7 g făină, 5 g zahăr, 100 ml apă, 200 ml lapte.

b) 1/2 Czerny: 100 ml apă, 5 g unt, 5 g făină, 4 g zahăr, 100 ml lapte.

c) 2/3 Czerny: 200 ml apă, 10 g unt, 10 g făină, 8 g zahăr, 100 ml lapte.

Această supă se folosește rar în practică, astăzi; este prevăzută încă în manualele noastre de nivel mediu și universitar.

447. Siropul de zahăr. La 100 ml apă se adaugă 200 g zahăr și tot amestecul se fierbe pînă ce volumul final este de 200 ml. În timp ce fierbe, se îndepărtează spuma și impuritățile. Pentru a preîntîmpina zaharisirea se adaugă 3 linguriță de zeamă de lămîie.

Rezultă un sirop care conține 5 g zahăr la o linguriță.

Se păstrează la frigider. În caz de zaharisire, se fierbe în baie marină.

Față de zahăr, siropul reprezintă o garanție în ce privește impuritățile și infectarea cu germeni patogeni.

Se folosește la îndulcirea tuturor preparatelor pentru sugari, în general în proporție de 5% (o linguriță la 100 ml de preparat). Se poate prepara și în proporții egale (apă 200 ml+zahăr 200 g), rezultînd un sirop din care o linguriță conține 2,5 g zahăr.

448. Zahărul invertit. În 50 ml apă se dizolvă 1,5 g acid citric și se adaugă la 80 g zahăr. Amestecul rezultat se fierbe pînă la volumul final de 100 ml. O linguriță conține 4 g zahăr. Pentru a îndulci 5% un litru de lapte de vacă, se adaugă 60 ml din această soluție, corespunzînd cu 50 g zahăr.

Scanned with OKEN Scanner

Îngrijirea sugarului. Tehnici

Camera copilului

449. Spațiul afectat copilului este bine să fie stabilit înainte de naștere. Dacă sînt condiții, în primele luni de viață copilul va dormi singur într-o cameră separată sau cel mult cu mama sa. În familiile în care copilul locuiește în aceeași cameră cu adulții, această încăpere nu va servi nici de cameră pentru musafiri și nici pentru televizor. Este un sacrificiu pe care părinții trebuie să-l accepte în avantajul copilului. Dacă familia nu are la dispoziție decît camera care servește și de bucătărie, este absolut necesară o aerisire susținută, deoarece supraîncălzirea și aburii duc la îmbolnăviri grave, uneori cu accidente dramatice.

Acolo unde există posibilitatea amenajării unei camere separate pentru copil, se va rezerva camera cea mai luminoasă, însorită, ușor de aerisit. Se indică încăperile cu expunere spre sud și sud-vest, și de preferat spre grădină, nu spre stradă. În timpul verii, patul (sau căruciorul) copilului se deplasează într-un loc mai umbrit sau se coboară storurile.

Camera trebuie să fie ușor de curățit. Se indică o podea impermeabilă, netedă, fără crăpături și neacoperită cu covoare care pot menține praful. Sînt preferabili pereții vopsiți cu o culoare deschisă, eventual în ulei pentru a putea fi spălați periodic; la nevoie se poate aplica pe ei o hîrtie lavabilă. Nu sînt indicate tablouri sau figuri decorative care pot speria pe copil.

450. Aerisirea. Aerul viciat, aerul umed, curenții de aer și fumul de țigară exercită o acțiune nefastă asupra sănătății copilului.

În timpul verii se va asigura o ventilație permanentă, prin geamuri perforate sau printr-o fereastră întredeschisă, copilul fiind ferit de curentul aerului direct. Dacă regiunea este infestată cu muște, se pun site la ferestre sau se întinde un tifon deasupra patului. În timpul nopții, lumina electrică din cameră atrage muștele, gîzele și țînțarii. În zilele excesiv de călduroase, ferestrele se deschid numai dimineața și spre seară; în restul zilei se coboară perdelele sau jaluzelele, pentru ca în cameră să fie răcoare.

Scanned with OKEN Scanner

Iarna, camera se aerisește de mai multe ori pe zi, de dorit în timpul zilei, la fiecare oră cîte 10 minute. Dacă este posibil, se preferă aerisirea prin oberlihturi sau prin intermediul unei camere vecine.

În orice anotimp, aerul și lumina care pătrund prin fereastra deschisă nu pot înlocui efectele favorabile pe care le are, în călirea sugarului, scoaterea lui afară, în aer liber.

451. Curățenia camerei se face zilnic, cu o cîrpă udă și cu aspiratorul. Pentru curățenie se va profita de momentele cînd sugarul este absent. Este de dorit ca să nu se spele și nici să nu se usuce lenjeria în camera unde locuiește copilul.

452. Luminatul. În timpul zilei, sugarul va fi lăsat să doarmă la lumina obișnuită. Dacă soarele bate chiar în ochii copilului, se mută patul sau se trag storurile. În timpul nopții este bine să fie obișnuit să doarmă în întuneric.

Iluminarea camerei va fi făcută cu lumină electrică, iar în caz de pană a instalației se recomandă lumînări de ceară. Sînt contraindicate: luminatul fluorescent, luminatul cu gaz și luminatul cu petrol. Ultimele două rarefiază oxigenul, sînt periculoase și emană un miros neplăcut.

453. Temperatura. În orice cameră de copil se va instala un termometru de perete.

În toate sezoanele, temperatura va fi următoarea:

— 20—22° pentru nou-născut;

— 18—20° în primele luni;

— 16—18° după aceea.

Temperatura nu trebuie să coboare niciodată sub 14°;în perioadele cînd în cameră este prea frig se vor folosi, în lipsă de radiatoare electrice, sticle cu apă caldă la 50°, închise ermetic (pericol de arsuri), puse în pătuț, învelite într-un scutec.

În timpul verii este necesară o atenție deosebită în zilele de caniculă, pentru că sugarii fac ușor un sindrom de insolație (șoc caloric). Nu se va înfășa copilul în prea multe scutece și se vor da, din cînd în cînd, ceai sau sucuri de fructe. Copilul va fi ținut în camere răcoroase sau afară la umbră.

În timpul *iernii*, într-o cameră supraîncălzită (peste 23—27°) sau prin înfășurarea copilului în prea multe scutece sau pături se poate ajunge la aceleași accidente. Agitația, insomnia, ascensiunile febrile sînt determinate frecvent de supraîncălzire. Boneta este inutilă în timpul cît copilul stă în cameră.

Temperatura ideală trebuie să fie uniformă (în timpul nopții și al somnului de 16°—18°, iar în perioadele de veghede 20°). Se urmărește în tot timpul dacă mîinile și picioarele sînt calde. În timpul îmbăierii copilului, temperatura de 20—22° este suficientă. Variațiile mari și bruște ale temperaturii sînt periculoase pentru sugar. La copiii obișnuiți să stea în camere prea încălzite, scoaterea la aer, și călirea în general, întîmpină uneori riscul îmbolnăvirii.

Sistemul de încălzire ideal este cel care poate fi reglat și în același timp nu usucă aerul (soba de teracotă, caloriferele cu dispozitiv de reglare, sobele de cărămidă). În caz de încălzire centrală se pun în apropierea sursei de căldură (pe sobă sau radiatoare) recipiente (ligheane, farfurii întinse) pline cu apă.

Sînt vătămătoare pentru copil: încălzirea cu petrol (lămpi, sobe speciale), încălzirea cu cărbune (de pămînt sau mangan), deoarece emană oxid de carbon, sobele de fier (cînd ajung la roșu devin poroase și permit emanațiile de oxid de carbon), sobele de fier cu ardere lentă.

Scanned with OKEN Scanner

454. Mobilierul. Mobilele din camera copilului vor fi reduse la strictul necesar și vor fi simple, stabile (să nu poată fi împinse de sugari și copiii mai mari), ușor de deplasat de către adulți, ușor de spălat (din lemn, din metal sau din material plastic). Nu se vor folosi mobile cu grilaje ale căror bare sînt spațiate (pericol ca sugarul să se spînzure sau să se sufoce băgînd capul printre ele).

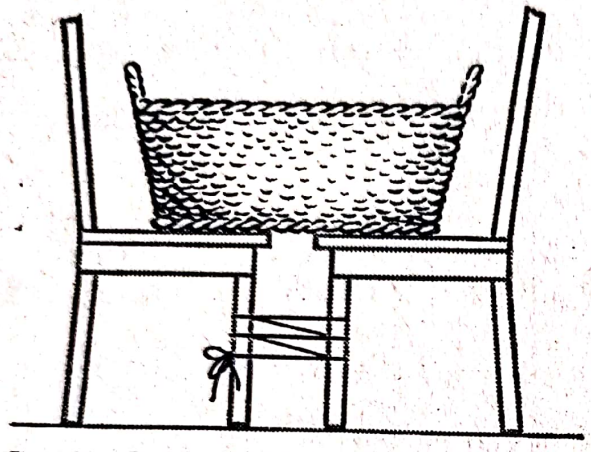


Fig. 61. Coșul pentru sugarul din primele luni de viață. În lipsă de alt suport, acesta poate fi improvizat prin două scaune apropiate, legate între ele.

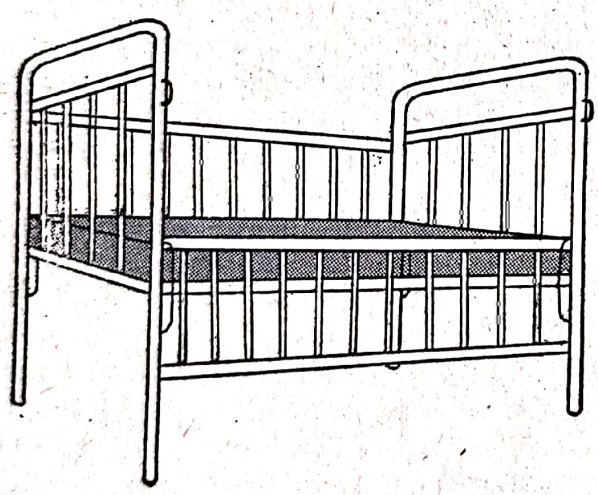


Fig. 62. Patul pentru sugar.

455. Patul. Fiecare copil trebuie să-și aibă patul lui. Este neigienic obiceiul ca acesta să doarmă în patul mamei (risc de transmitere a infecțiilor, supraîncălzire sau sufocare accidentală).

În primele luni de viață este mai practic *coșul* simplu de nuiele, special confecționat pentru copii, bine fixat, cu un echilibru perfect, ușor deplasabil. Accesoriile decorative (perdele, volănașe etc.) se vor evita, întrucît favorizează acumularea prafului, iar întreținerea curățeniei cere un efort suplimentar, inutil, din partea mamei. Coșul se căptușește cu pînză simplă, care se prinde de marginile coșului cu ajutorul unor șireturi, avînd grijă să se confecționeze 2—3 schimburi. Nu este indicată căptușirea coșului cu mușama sau material plastic, deoarece împiedică ventilația. Pe fundul coșului se așază o salteluță confecționată tot din pînză (umplută, la orașe, cu iarbă de mare, iar la țară cu foi de știuleți de porumb). Cînd coșul este în grădină sau pe balcon, va fi acoperit, la nevoie (pentru a feri copilul de insecte), cu un coviltir de tifon.

Coșul de nuiele prezintă avantajul că permite manipularea cu ușurință a sugarului, este ieftin, ocupă loc puțin și se transportă ușor. În schimb prezintă inconvenientul că nu poate fi folosit dincolo de vîrsta de 5—6 luni.

Cînd copilul începe să se ridice în șezut, coșul se schimbă cu un *pat* prevăzut cu pereți laterali suficient de înalți ca să împiedice căderea copilului; distanța dintre gratii va fi atît de mică încît copilul să nu-și poată introduce capul printre ele. Sînt de preferat paturile cu pereți laterali din plase de sîrme. Există și paturi care pot fi transformate în țarcuri prin coborîrea planșeului. Paturile de fier sînt mai indicate, întrucît sînt mai rezistente, se curăță mai ușor și mai bine.

a) *Unde se așază patul copilului.* Se alege un loc ferit de curenți, luminos și expus la soare. Patul nu se așază în nici un caz lîngă soba încălzită.

Scanned with OKEN Scanner

456. Masa de înfăşat serveşte la îmbăierea, înfăşatul şi schimbatul copilului. Este foarte practică dacă este prevăzută cu rafturi sau sertare, în care se păstrează lenjeria şi obiectele necesare copilului.

În familie, aceasta se poate improviza, căutîndu-se soluţiile cele mai economicoase. Pe masa de înfăşat se pune o saltea mică, iar în lipsa acesteia o pătură îndoită de mai multe ori.

457. Căruciorul pentru copii. Căruciorul poate să stea în camera copilului, dacă nu există un alt spaţiu ocrotit unde să poată fi depozitat. Condiţiile unui cărucior bun sînt: a) să fie suficient de încăpător; b) să aibă arcuri bune; c) să nu fie prea adînc, pentru a se putea asigura aerisirea; d) să fie uşor de spălat; e) să fie cît mai uşor, pentru a fi deplasat cu uşurinţă. Coviltirul se ridică numai în caz de ploaie. În rest, căruciorul se ţine deschis, pentru a se asigura o bună ventilaţie. Accesoriile decorative (perdeluţe, funde etc.) sînt inutile şi neigienice.

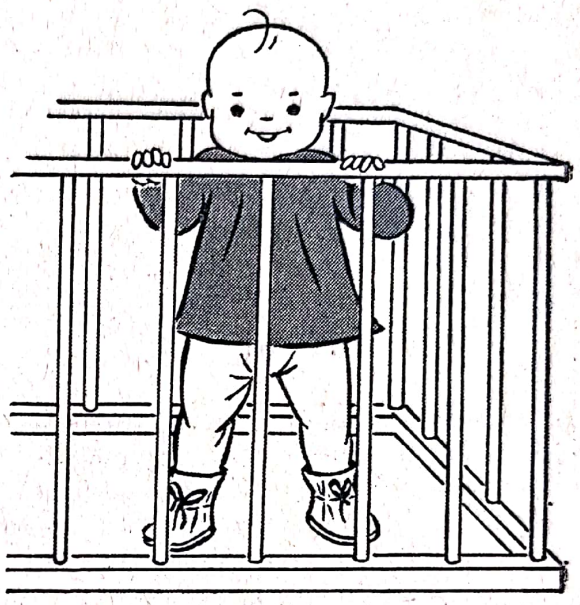


Fig. 63. Ţarcul.

Cînd părinţii locuiesc la etajele superioare ale unui bloc se alege un cărucior care poate fi transportat cu liftul.

458. Ţarcul. Ţarcul nu este de o necesitate vitală. Unii medici şi psihologi susţin că ar constitui un obstacol în nevoia copilului de a descoperi mediul înconjurător şi în dezvoltarea spiritului său de independenţă. Este o supoziţie teoretică. De fapt, ţarcul este în primul rînd un adăpost pentru sugarul mare, atunci cînd mama trebuie să se ocupe de gospodărie şi, eventual, de ceilalţi copii. Momentul cel mai potrivit pentru a pune copilul în ţarc este acela în care el începe să se ridice şi să exploreze mai interesat mediul înconjurător şi cînd el nu mai poate fi lăsat nesupravegheat în pat, fără riscuri de accidentare. Copilul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Ţarcul îi oferă posibilitatea să privească în toate părţile şi îl ajută să-şi completeze şi să-şi perfecţioneze mişcările, uşurînd trecerea de la mersul tîrît, în patru labe, la mersul în staţiune bipedă. El face acest exerciţiu independent, în raport cu capacitatea sa de efort, dispoziţia, starea de sănătate. Pentru primii paşi, ţarcul este mult mai indicat decît salteaua elastică din pătuţ, deoarece procură copilului un sprijin ferm pentru picioare şi posibilitatea de a se agăţa de gratii pentru a se menţine.

Cel mai practic este ţarcul pliant, confecţionat din lemn uşor, pentru a putea fi transportat dintr-un loc în altul. Pereţii laterali se fac cu bare verticale, pentru a ajuta copilul să se ridice sau să se sprijine. În ţarc se aşterne o muşama, iar deasupra un covoraş sau un pled care se poate lega cu şireturi de colţurile ţarcului. Cînd ţarcul este dus în grădină, pătura sau cearşaful trebuie să depăşească pereţii, pentru a împiedica pe copil să ia în mînă iarbă sau pietricele.

Unii copii consimt să stea în ţarc, cel puţin pentru scurte perioade, pînă la vîrsta de 1 1/2—2 ani. Alţii nu-l mai suportă după vîrsta de 10 luni. Cea mai mare

Scanned with OKEN Scanner

parte se acomodează foarte bine în țarc, pînă în momentul cînd învață să meargă bine; ei observă tot ce se întîmplă în jur, se amuză ore în șir aruncînd jucăriile în afara țarcului și încercînd să le readucă.

Cînd au căpătat ușurința de a se mișca, mulți își exprimă în moduri diferite, în funcție de personalitatea fiecăruia, dorința de a scăpa din această mică „închisoare". Cel mai bine este de a se renunța la țarc atunci cînd copilul își exprimă în mod hotărît această revendicare. Aceasta nu înseamnă ca la prima manifestare de acest fel copilul să fie luat în brațe; mai întîi se încearcă să i se dea o nouă jucărie; fără îndoială că el va continua să se amuze pentru o vreme. Dar într-o bună zi va refuza ostentativ să se lase închis. Părinții nu mai au decît să-i îndeplinească dorința; renunțarea la țarc se va face, pe cît posibil, progresiv, între 1 și 1 1/2 ani.

Scaunele-basculă au apărut în ultimul timp în comerț. Se folosesc la sugarul peste 8 luni.

Trusoul

459. Alegerea îmbrăcămintii este de cea mai mare importanță, pentru că intervine în menținerea temperaturii normale a copilului. Corespunzător adaptată temperaturii ambiante, ea apără copilul de supraîncălzire, răcire, reglează eliminarea fiziologică a vaporilor de apă prin piele și protejează tegumentele.

Ea își poate îndeplini acest rol numai dacă este confecționată din material potrivit sezonului, are o croială pe măsura copilului și o execuție care nu-l stînjenește.

De aceea, vara se preferă țesăturile subțiri de bumbac, de culoare deschisă, iar iarna cele de lînă sau de fir gros de bumbac (finet). Nu trebuie uitat că îmbrăcămintea prea strîmtă împiedică mișcările copilului, după cum cea prea largă favorizează pierderile de căldură.

Mama va fi sfătuită din timp asupra trusoului pe care trebuie să-l pregătească pentru copilul care urmează să se nască, în raport cu posibilitățile ei economice și cu sezonul în care survine nașterea. Trusoul nu treburi să fie excesiv, avînd în vedere ritmul rapid de creștere a copilului în primul an de viață. Procurarea sau confecționarea lui este bine să fie terminată la începutul lunii a VII-a de sarcină, nașterile premature fiind cel mai adesea imprevizibile. Dacă din diferite motive nu s-a procurat nimic pînă în momentul nașterii, în timpul cît mama este în maternitate, asistenta de ocrotire sau sora de pediatrie din secția de nou-născuți va indica familiei care este minimumul de îmbrăcăminte necesară nou-născutului.

a) *Îmbrăcăminte cît mai simplă și mai economică*. Adesea mamele trebuie să fie frînate în entuziasmul lor de a-și îmbrăca copiii, și mai ales sugarii, ca pe niște păpuși împodobite. Cu cît îmbrăcămintea copilului este mai simplă, cu atît se poate îngriji și întreține mai bine. Mama trebuie să se conducă după principiul că, la sugar, îmbrăcămintea nu este o podoabă, ci are unicul scop de a feri copilul de răcire, fără să-i jeneze mișcările. Confecțiile de mînă nu vor fi de modele complicate. Se va lucra pe cît se poate după tipare simple, cu modele ușor de executat. În familiile mai modeste, scutecele se pot confecționa din cearșafuri vechi, care se fierb și se spală bine în prealabil. Țesăturile vechi absorb mai bine umezeala, au o permeabilitate crescută, sînt mai moi și prin aceasta nu irită tegumentele copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Nu se folosește lîna pentru îmbrăcămintea care vine în contact direct cu pielea, deoarece, deși absoarbe diverse secreții, fiind rea conducătoare de căldură nu permite evaporarea lichidului absorbit, favorizînd iritația tegumentelor. Se evită lîna de Angora, datorită pericolului de inhalare sau înghițire a firișoarelor fine de lînă.

Îmbrăcămintea sugarului se încheie cu șireturi de pînză sau cu nasturi; nu se prinde cu ace, cîrlige sau agrafe, deoarece ar putea să rănească pielea.

Toată îmbrăcămintea trebuie să fie lucrată din materiale de culoare deschisă și care pot fi ușor spălate. Scutecele se spală și se fierb înainte de prima întrebuințare. Astfel se înlătură apretul care poate duce la iritarea și chiar lezarea pielii.

460. Cămășuțele (6-10 bucăți, mărimea 56-62) se confecționează din material moale (indian, pînză albă, lenjerie de corp veche). Cămășuța sugarului trebuie să aibă mînecuțe și se încheie pe unul din umeri cu un șiret subțire.

461. Pieptărașele (în număr egal cu cămășuțele). Deasupra cămășuței se îmbracă un pieptăraș de finet sau de bumbac (țesut sau tricotat), de aceeași formă, dar de dimensiuni ceva mai mari decît cămășuța. În nici un caz nu va fi de lînă.

462. Scutecele se confecționează din pînză subțire (pînză albită). Ele sînt de mai multe mărimi: scutece care se aplică pe piele și care vor fi de 70/70 cm sau 80/80 cm și scutece mai mari, de finet, dimensionate 75/90 cm. Sugarul are nevoie de aproximativ de 12-15 scutece de pînză și tot atîtea de finet. Este recomandabil să se pregătească un număr cît mai mare de scutece (minimum 12 bucăți); cine are scutece puține este obligat să spele mai des și nu poate schimba copilul ori de cîte ori este nevoie.

463. Fașa pentru ombilic (3-4 bucăți) este necesară pînă la căderea cordonului. Se confecționează din pînză lată de 8 cm și cu o lungime de 75 cm. La nevoie se poate folosi fașa obișnuită, de tifon.

464. Pantalonașii (sînt necesare 8-10 bucăți, deoarece se schimbă o dată cu scutecul) se folosesc după vîrsta de 4-5 luni, în anotimpul cald, îmbrăcați peste scutecul așezat între picioarele copilului; sugarului, lăsat cu picioarele libere, îi face plăcere să execute mișcări de pedalare în voie. Pentru iarnă se vor utiliza pantalonașii cu picior, iar vara chiloți confecționați din țesătură de bumbac sau din tricot de bumbac. Lipsa pantalonașilor se poate suplini printr-un scutec triunghiular, înnodat. Pantalonașii din material plastic nu sînt recomandabili, deoarece împiedică respirația pielii, fiind impermeabili. Pot fi folosiți pe perioade limitate de timp (2-3 ore), cînd copiii sînt scoși la plimbare, pentru că împiedică umezirea așternutului din cărucior.

465. Jacheta de lînă se îmbracă peste pieptăraș; ea este folosită numai dacă încăperea nu este suficient încălzită, precum și în cursul plimbărilor în aer liber în sezonul rece.

466. Papucii (botoșeii) se poartă cînd se îmbracă sugarul cu pantalonași. Pot fi tricotați din bumbac sau se pot croi din pînză.

467. Scufițele sau bonețelele (2-3 bucăți) se confecționează din pînză, pichet sau finet. Se folosesc la nou-născut și în anotimpul rece la sugarul mai mare. Este recomandabil ca sugarul să nu poarte bonetă în casă. Multe mame au obiceiul să îmbrobodească copilul „ca să nu-i fie frig". Aceasta are ca efect o transpirație excesivă a pielii capului și iritarea ei. Chiar afară, în anotimpul cald, dacă nu este expus la soare, sugarul va fi lăsat cu capul descoperit. Numai în zilele reci sau cînd bate vîntul se pune peste scufiță încă o bonetă sau chiar o căciuliță de lînă.

Scanned with OKEN Scanner

468. Bărbița sau baveţica (6 bucăți). Nu toți sugarii au nevoie de baveţică: unii nu se murdăresc niciodată, pe cînd alții, dimpotrivă, se murdăresc totdeauna cînd mănîncă. Este absolut necesară la copiii cu regurgitații. Se găsesc de cumpărat în comerț, în forme și culori variate. Unele mame preferă însă să le confecționeze singure. Se pot folosi resturile de materiale albe sau colorate, dintr-o pînză care să reziste la fiert. Mărimea este de 25×25 cm. Răscroiala de la gît nu va fi prea mare. Marginile se tivesc pe dos cu un șiret, care se prelungește cu o panglică ce servește la fixarea în jurul gîtului copilui. Poate avea dantelă sau broderie simplă.

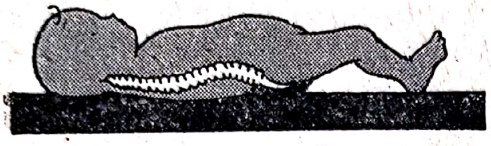


Fig. 64. Culcarea sugarului pe salteaua umplută corect, cu somieră perfect orizontală.

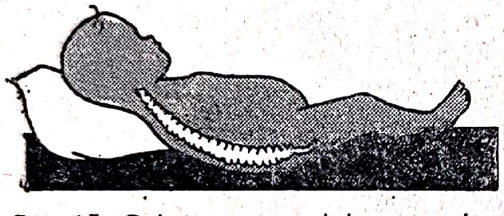


Fig. 65. Culcarea sugarului pe o saltea prea moale și cu pernă poate duce la deformări ale coloanei vertebrale.

469. Batistele (4—6 bucăți) se confecționează din cîteva bucăți de pînză albă, tivită, de mărimi diferite (30/30 cm pînă la 60/70 cm). Se folosesc pentru scopuri variate: ștersul copilului la gură, protecția perniței și a cearșafului, pentru a nu fi nevoie să se schimbe toată lenjeria la cea mai mică regurgitație. Se confecționează din pînză albă.

470. Sacul pentru dormit. Este indicat cînd copilul doarme afară în anotimpul friguros. Se confecționează de preferință din stofă, cu o căptușeală de vatelină îmbrăcată în finet sau molton, care este demontabilă, atașată la sac prin nasturi. Această căptușeală se poate spăla ușor și permite reglarea grosimii sacului în funcție de temperatura aerului. Sacii de blană nu au aceste avantaje și nu sînt de recomandat.

471. Așternutul de pat asigură odihna copilului și trebuie să corespundă cerințelor igienice.

472. Salteaua. Pe somiera patului se întinde mai întîi o pînză uzată, dar curată, pentru protecția saltelei. Saltelele se pot confecționa și în casă, dintr-o țesătură compactă, care se umple cu păr de cal sau cu iarbă de mare (Seegras), iar în lipsă cu paie lungi curate. Puful sau lîna au dezavantajul că sînt prea moi și supraîncălzesc copilul. În ultimul timp se fabrică saltele din material plastic, burete elastic. În mediul rural se pot umple foarte bine cu foi de știuleți de porumb; se aleg foi moi și mici, se înlătură cotoarele porumbilor, se despică de cîteva ori în sens longitudinal, pentru a deveni mai fine, se spală de praf și, după ce se usucă, se umple cu ele salteaua. Se mai poate folosi pleava de la mașina de treierat, care se cerne în prealabil pentru a se înlătura țepii și praful. În satele de munte se poate folosi talajul de lemn; se înlătură fragmentele mai mari, iar cele ce se folosesc se spală și se usucă bine. Avantajul acestor materiale îl constituie faptul că sînt ieftine și ușor de procurat, ceea ce permite înlocuirea de îndată ce se uzează sau se murdăresc.

Salteaua se umple îndesat, avînd grijă ca materialul să fie uniform repartizat, pentru a constitui un plan relativ tare și perfect orizontal (vezi fig. 64 și 65).

473. Cearșafurile se confecționează din pînză albită. Cearșafurile de pat trebuie să fie cu aproximativ 20 cm mai mari decît salteaua, pentru a le putea fixa bine sub saltea, astfel ca să nu se adune sub copil.

Scanned with OKEN Scanner

Cearșaful de pătură trebuie să o îmbrace în întregime (plic) sau să-i acopere parțial fața superioară, avînd un capac mai mare la unul din capete și fixîndu-se la pătură pe nasturi.

Este bine să fie cel puțin 3 schimburi, ca să existe posibilitatea înlocuirii dacă se umezesc sau se murdăresc.

474. Muşamaua. La sugari și copiii mici, între saltea și cearșaf se pune o muşama de mărimea saltelei, dar numai pînă la înălțimea umerilor. Peste cearșaf, în mijlocul patului se întinde o altă muşama, subțire, din cauciuc sau material plastic, cu dimensiunile de 40/40 cm, care se acoperă cu un scutec de finet.

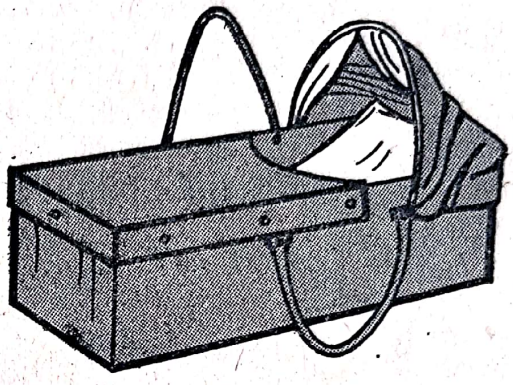


Fig. 66. Sacoșa pentru sugar.

475. Perna. La sugari și copii mici, perna nu este necesară. Se pot admite, mai ales dacă părinții o doresc, perne mici umplute cu iarbă de mare sau păr de cal, așezate sub saltea. Pernele cu fulgi nu sînt recomandabile.

476. Plăpumioara poate fi confecționată fie din molton, fie din satin sau stambă capitonată cu un strat subțire de vată sau de lînă. În comerț există pături subțiri, moi, pentru sugari. Pentru a evita alunecarea păturii de pe copil, la colțurile cearșafului care o îmbracă se prevăd șireturi care se vor lega de marginea patului.

477. Încălțămintea. Înainte de 11—12 luni nu trebuie să i se pună copilului încălțăminte; aceasta nu este necesară (cum cred unii părinți), nici pentru a-i sprijini picioarele, și nici pentru a învăța să meargă.

Picioarele trebuie să aibă libertate de mișcare. Mama se va îngriji ca botoșeii de la pantalonași și ciorapii să nu fie strîmți, pentru a nu jena mișcările picioarelor.

Dacă ar umbla mereu pe o suprafață plană, caldă, fără asperități, sugarul nu ar avea nevoie de loc de încălțăminte.

După luna a XI-a, dacă sugarul a învățat să stea în picioare, cînd este dus în curte sau stă pe o podea rece și cu asperități este nevoie să fie încălțat.

Primele ghetuțe ale sugarului trebuie să întrunească următoarele caracteristici:

— *să fie din piele moale și cu talpă flexibilă;*

— *să fie perfect netede pe dinăuntru*, fără cusături sau margini tari;

— să fie lejere, permițînd atît mișcarea în voie a picioarelor, cît și creșterea lor;

— să aibă botul rotund;

— între vîrful degetelor și vîrful pantofului să rămînă un interval liber de aproximativ 1 cm;

— cînd se cumpără, se vor încerca amîndouă ghetele.

Există opinia foarte răspîndită și susținută atît de părinți, cît și de unii medici, că ghetele pentru copiii mici trebuie să sprijine și să susțină articulația gleznelor. În realitate, articulațiile nu sînt întărite cu ajutorul încălțămintei. Buna dezvoltare a articulațiilor este asigurată prin exercițiile de mers. Pentru cei mai mulți copii, ghetele nu reprezintă un ajutor, dar nici nu le strică, cu condiția să fie confecționate din piele moale.

Scanned with OKEN Scanner

478. Sacoşa pentru sugar. Este un fel de valiză lungă, confecţionată dintr-un material impermeabil, cu două mînere (toarte), destinată transportării sugarului şi a lucrurilor (schimburilor) sale. Există şi cărucioare de copii a căror parte superioară este detaşabilă şi poate fi folosită ca valiză. Acestea sînt foarte practice, îndeosebi în cazul unei locuinţe nu prea spaţioase, în bloc (la etaj). O astfel de valiză poate avea mai multe întrebuinţări; printre altele poate înlocui căruciorul, permite transportarea sugarului în condiţii de perfectă siguranţă, cu alte mijloace de transport, într-o călătorie mai lungă cu maşina, la medic. Sugarul poate să stea şi să doarmă în ea ore în şir. Împotriva intemperiilor îl apără capota protectoare şi partea superioară cu fermoar (vezi fig. 66, p. 181).

Baia de curăţenie

479. Îngrijirile de curăţenie corporală. Cele mai importante măsuri de curăţenie corporală se referă la îngrijirea pielii. Pielea fină şi delicată a sugarului nu este în măsură să se apere împotriva ameninţărilor din afară şi solicită o protecţie particulară. Cea mai bună protecţie constă într-o curăţenie ireproşabilă.

480. Baia generală se face imediat ce s-a cicatrizat plaga ombilicală. Sugarul sănătos va fi îmbăiat zilnic. În afară de menţinerea curăţeniei, baia realizează o importantă stimulare a funcţiilor pielii şi a circulaţiei sanguine. În timpul băii, mama are ocazia de a examina amănunţit copilul; orice modificare se poate observa cu uşurinţă. Ea va inspecta pielea, mişcările, respiraţia, şi la cel mai mic lucru ce pare anormal va putea avertiza la timp pe medic.

481. Orarul băii. Se recomandă ca baia zilnică de curăţenie a sugarului să fie făcută la aceeaşi oră (în acelaş moment al zilei). Cele mai multe mame îşi aleg perioada înaintea celui de-al doilea supt, adică ora 9—10 dimineaţa. Orice alt moment al zilei este la fel de indicat. Femeile care sînt salariate preferă o oră în cursul serii, cum ar fi înainte de penultima masă. O oră mai tîrziu nu este recomandabilă, deoarece prin efectul uşor excitant al băii şi al întregului complex de manevre legate de baie se întîrzie somnul copilului. Pe de altă parte, unii sugari adorm foarte uşor tocmai după baie. În consecinţă, ora de baie va fi stabilită în funcţie de particularităţile sugarului şi programul mamei, dar o dată stabilită, nu se va schimba.

Timpul necesar pentru pregătiri, baia propriu-zisă şi alimentaţia ce urmează băii este de aproximativ o oră, pentru ca totul să se desfăşoare fără grabă.

Baia zilnică reprezintă, atît pentru mamă, cît şi pentru copil, un prilej de intimitate caldă şi veselă, cu implicaţii psihice favorabile (deşi inconştiente) în ceea ce priveşte senzaţia de curăţenie, simţul ordinii şi ritmul în desfăşurarea programului zilnic al copilului.

482. Obiecte necesare băii. Înainte de a începe baia copilului, se vor pregăti toate obiectele necesare, la îndemînă, în aşa fel ca baia, îngrijirile părului, feţei şi înfăşatul să se efectueze cît mai rapid. Obiectele de pregătit sînt următoarele:

a) *Cădiţa* (albia, băiţa, vana) poate fi confecţionată din material plastic, din tablă zincată, din fontă emailată sau din lemn. Băiţele smălţuite sau emailate sînt trainice, se curăţă uşor, însă sînt scumpe. Cele din zinc se pot comanda după dimensiunile dorite, sînt mai uşor deplasabile, mai ieftine, dar nu pot fi folosite pentru unele băi medicamentoase. Băiţa din material plastic este cea mai avantajoasă: este

Scanned with OKEN Scanner

ieftină, se poate întreține într-o stare de perfectă curățenie, este rezistentă și ușor deplasabilă. La noi se găsesc băițe din material plastic cu capacitate de 32 litri.

În mediul rural se folosește încă, pe scară largă, albia de lemn, care are dezavantajul că nu se poate dezinfecta și dacă este uzată prezintă riscul rănirii prin așchiile ce se desprind.

Băița trebuie rezervată exclusiv pentru îmbăierea copilului. Nu este igienic să fie folosită pentru alte scopuri gospodărești și nici la depozitarea sau spălarea lenjeriei copilului.

b) *Termometrul de baie.*

c) *Un vas mic* din material plastic, plin cu apă caldă curată, pentru spălat fața.

d) *Un șervețel de toaletă* dintr-un material moale, pentru față.

e) *Un prosop mare* de baie, din frotir (plușat), sau un cearșaf de baie, cu un colț însemnat; cu acest colț se „usucă" regiunea superioară a corpului. Prosopul se întinde pe o masă de înfășat, iar în lipsa acesteia pe pătuțul copilului sau pe o masă obișnuită.

f) *1—2 mănuși* confecționate în casă sau o bucată de pînză curată, ceva mai aspră, pentru spălarea corpului. Nu se folosește buretele, pentru că acesta acumulează murdărie, se curăță greu și nu poate fi fiert.

g) *Un săpun* pentru copii (săpun de ras, săpun „Nivea", săpun „pentru copii"), care se păstrează într-o savonieră.

h) *Una cutie cu pudră* pentru copii, cu capacul perforat („Saprosan-pulvis", „Pudră pentru copii", talc). Nu se va folosi amidonul, care fermentează și favorizează formarea de eriteme.

i) *Lenjerie pentru copil* (cămășuță, jacheță, scutece), ținută caldă pe capacul unei oale cu apă caldă sau pe caloriferul cel mai apropiat.

j) *Vaselină* sau o sticluță cu ulei care a fost fiert. În caz de eritem fesier, în plus, infuzie de mușețel și o cremă calmantă recomandată de medic.

k) *Comprese sterile* (o cutie) și tampoane de vată, puse într-o cutie.

l) *Un vas de metal* sau o cutie de material plastic în care se colectează tampoanele întrebuințate. Dacă sugarul are o infecție cutanată, aceste tampoane se ard ulterior.

m) *O forfecuță pentru unghii.*

n) *Un pieptene și o perie* pentru cap.

o) *O găleată* pentru lenjeria murdară.

p) *Un căzănel pentru fiert* lenjeria copilului.

Obiectele numerotate de la a) la n) se așază la îndemînă, pe masa de înfășat sau pe alt obiect de mobilier. Scutecele, eventual încălzite în prealabil pe un calorifer sau lîngă sobă, se așază în ordinea în care vor fi folosite la înfășat; de asemenea, cămășuța și pieptărașul.

483. Pregătirea băii. Camera în care se face baia va avea o temperatură în jur de 22°. Ușile și ferestrele se închid. Cădița se spală înainte și după baie, cu peria și cu săpun și apoi se clătește cu apă caldă. Dacă sugarul are o infecție a pielii (foliculită, abcese, furuncule, impetigo) se va spăla cu o soluție dezinfectantă (Bromocet). Cădița va servi numai pentru baia copilului; ea nu va fi utilizată în alte scopuri, de exemplu la spălarea lenjeriei.

Cădița se așază într-o poziție stabilă și comodă pentru mamă. Sugerăm să se procure o planșetă de lemn (cum sînt cele de desen sau cele pentru gospodărie) de dimensiuni egale cu lățimea cadei mari din camera de baie. Cădița se mai poate așeza pe două scaune sau pe o măsuță mai joasă. O cadă mare și așezată prea jos este incomodă, obligînd pe mamă să se aplece prea mult.

Scanned with OKEN Scanner

Temperatura apei se indică să fie de 37° pentru nou-născuți și sugarii mici, și de 36—35° pentru cei mai mari. Temperatura se măsoară cu un termometru; aprecierea făcută prin scufundarea cotului în apă poate fi înșelătoare. Pentru ca măsurarea să fie corectă, termometrul se scufundă complet în apă. După cîtva timp, mama poate ajunge să potrivească temperatura băii prin stabilirea cantității de apă fierbinte clocotindă necesară pentru o anumită cantitate de apă rece. În cădiță se introduce întîi apa rece și apoi cea caldă, pentru a evita pericolul unei opăriri.

484. Cantitatea de apă necesară băii se adaptează la mărimea vasului în care se face baia, în așa fel încît în poziția semișezîndă a copilului apa să-i acopere umerii.

În principiu sînt necesare 1 1/2—2 găleți cu apă. Pentru cădițele din material plastic ce se găsesc la noi în comerț sînt necesari 15—20 litri (cădița rasă = 32 litri).

485. Discutarea celor două tehnici. Sînt două tehnici de a se face baia: una cu săpunirea afară și alta în care săpunirea se face în cădiță. După părerea noastră, tehnica a doua este mai practică, copilul fiind mai puțin expus la răcire. Prima tehnică este preferată de unii pentru că săpunirea se poate face mai sistematic și nu rămîn zone nesăpunite: mama se poate folosi de ambele mîini, pe cînd la tehnica a doua mîna stîngă este imobilizată cu susținerea capului copilului. Prima pretinde însă din partea mamei rapiditate, îndemînare; unii sugari devin agitați cînd sînt săpuniți afară. Această tehnică este susținută cu ardoare de vechile asistente de ocrotire; în decursul anilor, în discuțiile noastre cu colectivele din București, acestea nu s-au lăsat convinse. În manualele actuale din străinătate am găsit că adepții săpunirii în afara cădiței sînt mult mai puțini (Hempel din R.D.G. și Willi din Elveția) decît adepții tehnicii cu săpunire în cădiță (Werner Catel, Sole-Spranger, S. Liebe, B. Spock, Silver și Kempel, Haarer etc.). Am făcut această largă paranteză pentru că asistentele de ocrotire nu au o atitudine comună în această problemă. Mama va alege metoda care i se pare mai ușor de efectuat.

Se recomandă ca prima baie să fie efectuată de către asistenta de ocrotire sau de o rudă experimentată (bunică etc.).

486. Prima tehnică. Săpunirea copilului se face în afara cădiței, pe masa de înfășat. Pe salteluța acestei mese (sau pe o pătură îndoită) se pune o mușama (de cauciuc sau de material plastic), care se acoperă cu un cearșaf încălzit, peste care se așază copilul. Copilul este dezbrăcat și învelit într-un singur scutec încălzit.

Săpunirea se face cu o mănușe de baie, în prealabil înmuiată (în apa din cădiță), stoarsă (pentru a nu curge apa din ea) și bine săpunită.

Inițial se săpunește capul (sprijinit pe mîna stîngă), în ordinea următoare: urechea dreaptă, creștetul, urechea stîngă, ceafa și gîtul, avînd grijă ca spuma să nu ajungă la ochi. Se acoperă capul astfel săpunit cu colțul cearșafului, fără să se acopere ochii și fața. Apoi se descoperă trunchiul copilului, se întoarce ușor pe partea dreaptă și în această poziție se săpunește spatele, pînă la șolduri, fața laterală stîngă a corpului, axila, brațul și mîna stîngă. Se așază apoi copilul pe spate și se săpunește pieptul, abdomenul pînă la ombilic, fața laterală a corpului și mîna dreaptă. Părțile săpunite se învelesc repede cu cearșaful și se descoperă membrele inferioare, care se săpunesc de la tălpi spre șold, unul cîte unul; la urmă se săpunesc zona de jos a abdomenului, organele genitale, fesele și, în sfîrșit, se termină cu regiunea anusului. La fetițe, regiunea genitală se spală cu o compresă sterilă, înmuiată în prealabil în apă curată sau în infuzie de mușețel; se îndepărtează ușor buzele vulvei și se trece încet, dinainte înapoi, compresa umezită.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul săpunirii, pielea se fricționează ușor. Trebuie avut grijă ca să se descopere numai regiunea corpului care urmează să fie săpunită.

Pielea păroasă a capului se spală de 3 ori pe săptămînă.

După ce copilul a fost complet săpunit, cu excepția feței, se înlătură cearșaful, copilul este luat în brațe, introdus încet în apă și susținut după tehnica indicată mai jos. Cu mîna dreaptă se înlătură săpunul de pe toată suprafața corpului, prin

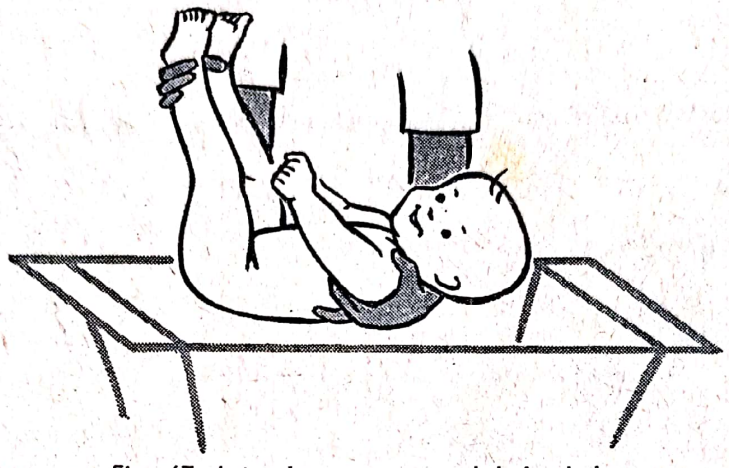


Fig. 67. Introducerea sugarului în baie.

mișcări delicate, în ordinea în care s-a făcut săpunirea. Copilul nu trebuie să rămînă în apă mai mult de trei minute. Tehnica se poate folosi numai pînă la 5—6 luni.

487. Tehnica a II-a. Copilul este dezbrăcat pe masa de înfășat, iar rufăria se colectează în găleata pregătită special. Dacă sugarul este murdar de materii fecale, se spală în prealabil regiunea fesieră.

Introducerea sugarului în baie se face cuprinzînd cu mîna stîngă axila stîngă a copilului (4 degete ajung în axilă, iar degetul mare înconjură umărul pe deasupra). Ceafa și capul se sprijină pe antebraț. Cu mîna dreaptă se susține regiunea fesieră sau se cuprind, cu policele și mediusul, picioarele copilului în dreptul gleznelor, indexul așezîndu-se între cele două maleole interne (fig. 67). După ce sugarul a fost introdus încet în apă, picioarele sînt lăsate libere, în timp ce capul și trunchiul sînt susținute în continuare cu mîna și antebrațul stîng; mîna dreaptă rămîne liberă pentru a spăla copilul. Se urmărește ca umerii copilului să fie acoperiți de apă, pentru ca să nu-i fie frig.

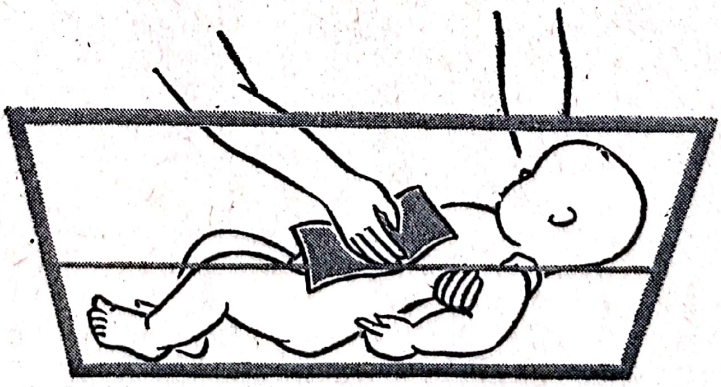


Fig. 68. Poziția sugarului în baie. Spălarea feței anterioare.

Scanned with OKEN Scanner

Se folosește o mănușă sau o bucată de pînză fină, bine stoarse, care se săpunește; unele mame preferă să spele copilul cu mîna neînvelită, dar săpunită bine. În tot cazul, săpunirea copilului nu se face direct cu bucata de săpun. Cu mișcări fine, circulare, se întinde un strat subțire de săpun pe tot corpul, în ordinea următoare: capul (din regiunea frontală către cea occipitală, avînd grijă să nu intre săpun în ochi sau apă în urechi; se clătește apoi imediat), gîtul, axilele („subțioara"), membrele

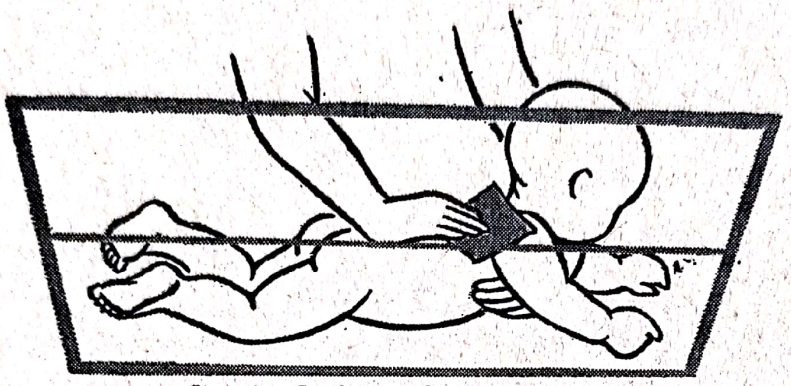


Fig. 69. Spălarea feței dorsale.

superioare, toracele, abdomenul și membrele inferioare. Se clătesc imediat regiunile săpunite. În continuare, copilul este întors cu fața în jos, cu ajutorul mîinii drepte care cuprinde umărul drept al copilului; gîtul și bărbia se sprijină pe antebrațul stîng. Bineînțeles, capul nu trebuie să cadă în apă. Spatele, organele genitale și regiunea anală (cu deosebită atenție șanțul interfesier) se săpunesc și apoi se clătesc.

Indiferent de tehnica folosită și de vîrsta copilului, regiunea genitală și cea fesieră se spală la urmă. La fetițe, săpunirea, spălarea și ștergerea se vor face totdeauna în direcția dinainte-înapoi (niciodată în sens invers), deoarece există pericolul transportului de microbi din regiunea anală în vagin sau uretră, cu infectarea ulterioară a acestora.

La sugarii mai mari, baia de curățenie poate fi urmată de dușul cu apă călduță.

Unele mame acordă o atenție deosebită fontanelelor sugarului în timpul băii, deoarece au capul „moale", iar altele nu-l spală ca să nu „răcească la cap". Este o teamă nejustificată! Creierul copilului este bine protejat, de o foiță groasă, așa că nu poate fi lezat, chiar dacă este frecat zdravăn în timpul băii. Este foarte important ca pielea capului să fie bine curățită, pentru a evita formarea crustelor. De altminteri, spălarea cu săpun de 2—3 ori pe săptămînă este suficientă.

488. Durata băii trebuie să fie cît mai scurtă, în special la sugarii mici, la care nu trebuie să depășească 5 minute la prima tehnică (două minute pentru săpunire și 2—3 minute de ținut în apă) și 5—7 minute la tehnica a doua. La sugarii care au depășit 8 luni, baia poate dura 6—8 minute.

La sugarii mai mari baia este și un prilej de joc.

489. Ce înseamnă dacă sugarul plînge în baie? Unora dintre copii nu le place baia, la început. La aceștia, durata băii se poate scurta cît mai mult posibil. Chiar dacă plînge, copilul trebuie îmbăiat zilnic.

S-ar putea ca sugarul să se simtă nesigur în apă, datorită vreunei greșeli care l-a speriat. Mama trebuie să aibă îndemînare, să execute toate mișcările cu siguranță, dar niciodată brutal, cu blîndețe, dar nu cu ezitare. Numai așa copilul capătă certi-

Scanned with OKEN Scanner

tudinea că se află în mîini bune. Dacă totul decurge corect, orice copil agreează cu timpul baia. Cei mai mari ajung să o salute cu o explozie de bucurie.

490. Măsura de prudență principală este de a nu lăsa copilul singur în baie (pericol de înec!) sau pe masa de înfășat (se poate mișca și cade jos!), dacă mama este obligată dintr-un motiv oarecare să întrerupă baia sau înfășatul.

Fig. 70. Ștergerea copilului după baie.

491. Ștersul (uscarea) copilului. Copilul scos din baie este învelit în cearșaful de baie, în prealabil încălzit. De fapt, copilul nu se „șterge" în sensul cuvîntului românesc; în alte limbi există un termen care s-ar traduce cu: „uscat" sau „zvîntat". Nu trebuie „șters" pentru că aceasta ar duce la rănirea pielii și ar declanșa copilului senzații neplăcute, avînd ca rezultat o spaimă de orice baie sau simplă curățire a corpului. De fapt, se trece cu blîndețe prosopul peste piele și se tamponează. Toate pliurile (cutele) pielii (subțioara, gîtul, regiunea inghinală, plicile de la coapsele copiilor grași, zona ombilicală) se desfac și se tamponează cu atenție. Urmele de umezeală înlesnesc formarea de intertrigo (vezi fig. 71).

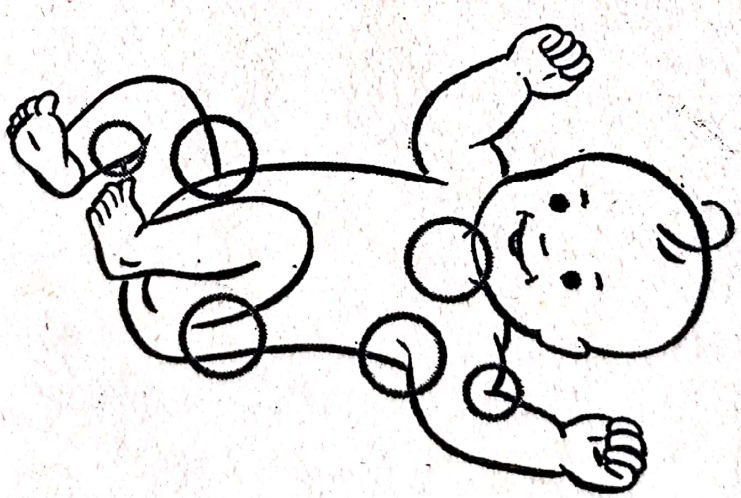


Fig. 71. Cercurile indică zonele predispuse la formarea de intertrigo (leziuni zemuinde, la cutele pielii).

Scanned with OKEN Scanner

492. Pudrajul are ca scop de a păstra o piele uscată și de a micșora frecăturile în interiorul cutelor formate de piele. Este bine să se pudreze toate regiunile în care se găsesc în contact două suprafețe de piele: înapoia urechilor, la gît, la subțioară, plica (cuta) cotului și cea a genunchilor. Regiunea vulvară, la fetițe, nu se pudrează. Se va avea grijă ca pudra să fie distribuită într-un strat foarte fin, deoarece micile cocoloașe de pudră irită pielea. La baia următoare se înlătură toate resturile de pudră. Nu se recomandă făina de grîu și pudrele pe bază de amidon, deoarece fermentează producînd leziuni ale pielii. Se folosesc pudra de talc simplu, pudra de „Saprosan" și pudra pentru copii „Nivea".

493. Plicile inghinale, perineul și fesele se ung, în strat subțire, cu ulei fiert (cel mai indicat), o pastă cu apă (rețetă formulată de medic), Jecolan, Cutaden sau Jecozinc.

Nu se folosesc unguentele cu antibiotice sau cu cortizon deoarece favorizează selecționarea anumitor microbi sau infestarea cu ciuperci microscopice („micoze cutanate").

494. Toaleta feței. După ce este spălat, uscat, pudrat și uns (toate aceste operații se vor face cu rapiditate, îndemînare și blîndețe), sugarul este înfășat imediat cu lenjeria în prealabil încălzită și pusă la îndemînă.

Pentru față se folosește apă călduță, dintr-un vas pregătit în acest scop, și o mănușă (alta decît cea pentru restul corpului) sau o bucată de pînză moale (de preferat o bucată de tifon steril) sau vată. Nu se folosește săpunul. Nici pentru față nu se indică folosirea buretelui.

495. Se începe cu spălarea ochilor. Se folosește un tampon de vată sau o compresă sterilă, înmuiate în apă călduță. Ochiul se șterge cu mișcări dinspre unghiul extern spre cel intern (vezi fig. 72), fața copilului fiind întoarsă spre ochiul ce se spală. Se folosesc tampoane separate pentru fiecare ochi, pentru a evita trecerea unei eventuale infecții de la un ochi la celălalt. Dacă există secreții oculare purulente

Fig. 72. Spălarea ochilor.

Fig. 73. Curățirea nasului.

se fac spălături cu infuzie de mușețel înainte de baia generală, pentru a evita contaminarea pielii din jur.

496. Curățirea nasului se face cu tampoane, răsucite în prealabil ca un mic trabuc, care se introduc în nas cu mișcări de burghiu, orientate totdeauna înapoi, și nu în sus (vezi fig. 73).

Scanned with OKEN Scanner

Dacă sugarul are secreții aderente, vîscoase sau crustoase în nas, tamponul se înmoaie la început în ulei; după înmuierea și înlăturarea crustelor, mucoasa nărilor se va curăța bine cu 2—3 tampoane de vată înmuiate în infuzie de mușețel.

Pregătirea tampoanelor de vată se face dinainte, de către o persoană îndemînatică (cu mișcări asemănătoare cu cele ale fumătorilor care-și pregătesc singuri țigările) și cu mîini foarte bine spălate. Tampoanele se păstrează într-un vas de sticlă (spălat, opărit și zvîntat) acoperit.

497. Curățirea urechilor. La nou-născut, urechile se curăță o dată la cîteva zile; la sugarul mai mare se curăță zilnic. Cu tampoane bine răsucite, subțiri, lungi, se pătrunde prin mișcări delicate de rotație în conductul auditiv, în timp ce cu cealaltă mînă pavilionul urechii se trage ușor în sus și înapoi (vezi fig. 74). Sondele sau pensele se folosesc numai de către medicul specialist O.R.L. În nici un caz nu se vor utiliza chibrituri, scobitori sau alte obiecte ascuțite înfășurate în vată.

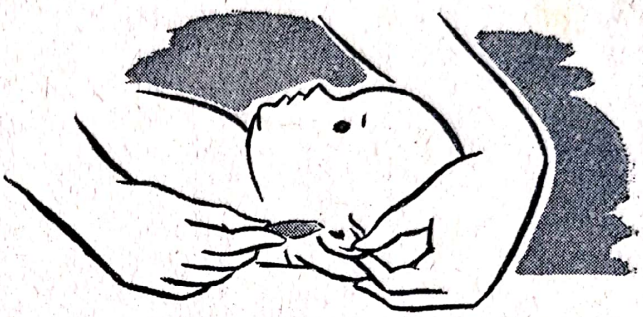


Fig. 74. Curățirea urechilor.

În continuare se vor curăți bine toate cutele și curburile pavilionului urechii. La sfîrșit se va tampona, atît pavilionul urechii, cît și șanțul retroauricular, cu vată uscată, pentru a zvînta orice urmă de umezeală.

Nu se șterge și nu se spală *cavitatea bucală*, care fiind acoperită de o mucoasă foarte fină se rănește ușor.

498. Îngrijirea unghiilor. La nou-născutul la termen, unghiile depășesc vîrfurile degetelor. Unghiile crescute prea mult pot zgîria pielea copilului (îndeosebi fața). Încă din primele zile după naștere, mama va avea grijă ca niciodată unghiile să nu treacă dincolo de vîrful degetelor de la mîini și de la picioare. În unele locuri, la țară, există superstiția că tăierea unghiilor ar dăuna copilului. Asistenta de ocrotire este datoare să convingă pe mamă să nu se lase influențată de astfel de superstiții și nici de teama de a folosi foarfeca la degetele mici și fine ale copilului. Se preferă o foarfecă mică, cu vîrful rotunjit și bine ascuțită. Unghiile nu se vor tăia prea scurt, pentru a evita formarea de „unghii încarnate" și „ciupirea" pielii. De aceea, unghiile de la mîini se taie ușor rotunjite, iar cele de la picioare se taie drept. Capul se întoarce în partea opusă a mîinii la care se taie unghiile, pentru ca fragmentele mici de unghii să nu sară în gura, ochii sau nasul copilului.

Pielițele de la baza unghiilor nu se împing înapoi, pentru că se pot produce inflamații ale țesuturilor din jurul unghiei (panariții).

Tăierea unghiilor se face cel mai bine după baia zilnică.

Seara, se poate aplica în jurul unghiilor o cremă pentru copii sau ulei fiert, ca să fie totdeauna moi.

La sugarii care încep să se tîrască, unghiile se vor curăți cu delicatețe, cu ajutorul unei pense fine de unghii; se vor spăla mîinile de mai multe ori pe zi și, obligatoriu, înainte de mese.

La sugarii nervoși, care se zgîrie pe față, se pot confecționa niște mănuși fără degete, un fel de saci mici din molton sau din pînză moale, care se leagă la articulația pumnului. Se va consulta medicul pentru un eventual tratament calmant.

Scanned with OKEN Scanner

499. Îngrijirea pielii capului. Cînd copilul este îmbăiat, îmbrăcat și cu toaleta feței, ochilor, nasului, urechilor și unghiilor făcută, se trece la ultima etapă a îngrijirii corporale zilnice: îngrijirea părului. Oricît de mic și de rar ar fi părul copilului, el se perie zilnic cu o perie de cap (cel mai bine o perie cu coadă, cu peri fini și moi, care se poate spăla ușor). Periatul se face cu mișcări blînde, în direcția liniei (orientării) părului, pînă cînd acesta devine neted și lucios. Dacă la rădăcina părului se constată mătreață, se va pieptăna mai întîi cu un piepten des și apoi se va trece la periere. Dacă pielea capului este prea aspră se pot folosi cîteva picături de ulei fiert (de măsline sau de floarea soarelui), cu care se va face o frecție ușoară înainte de periere.

Dacă există o predispoziție la eczemă și la formarea de cruste, pielea capului se va unge, cu 10-12 ore înainte de baia de seară, cu vaselină salicilică 1-2% (cu rețetă de la medic); în urma aplicării unguentului salicilic, depozitele crustoase se înmoaie, putînd să fie înlăturate în mare măsură cu pieptănul. După aceasta, capul se va spăla cu apă și săpun. La nevoie, se poate unge cu un strat foarte subțire de ulei. În tot cazul, tendința la eczeme și la formare de cruste nu trebuie neglijată, pentru că poate duce la leziuni importante și supărătoare ale pielii capului, asociate de multe ori cu infecții.

Partea moale a craniului (fontanela) se va peria ca și restul; realmente, nu există nici un motiv de teamă că s-ar putea răni creierul din zona respectivă.

La copilul bolnav, la care nu este voie să se facă baie generală, este necesar ca la interval de cîteva zile să se curețe cu atenție pielea capului, cu o compresă umedă, pentru a se îndepărta urmele transpirației și murdăria din păr; se șterge apoi excesul de umezeală și se piaptănă sau se perie părul.

Înfășatul

500. La sugar eliminarea urinii și scaunului se face involuntar. Este necesar ca aceste excreții să fie astfel interceptate încît să nu murdărească patul copilului. În acest scop se utilizează, din cele mai vechi timpuri, scutece care se schimbă după ce au fost murdărite. În primele săptămîni de viață, înfășatul servește și la menținerea temperaturii corporale normale. Prin schimbarea corectă a lenjeriei copilului se evită apariția iritațiilor și infectarea pielii. Mama trebuie să învețe o tehnică de înfășat corectă și să aibă grijă să schimbe copilul la timp. La fiecare schimbat se folosește lenjerie curată (fiartă, spălată cu săpun, bine limpezită, uscată de preferință afară și încălzită înainte de înfășat).

Greșelile în înfășatul copilului, care duc la îmbolnăvirea lui, îndeosebi la apariția eritemului fesier, sînt următoarele:

— folosirea de scutece îmbibate cu urină, uscate fără să mai fie spălate;

— folosirea de lenjerie spălată, dar nefiartă după aceea;

— folosirea de lenjerie limpezită insuficient, îmbibată cu săpun;

— scutece aspre, fie datorită calității țesăturii, fie consecutiv apretării, fie prin inflitrare cu urină;

Scanned with OKEN Scanner

— material plastic pus în contact direct cu pielea copilului;

— muşamale sau materiale plastice, puse între scutece, dar de jur împrejurul corpului copilului, ceea ce duce la împiedicarea aerisirii tegumentelor;

— păstrarea lenjeriei curate în locuri neigienice sau în contact cu scutece murdare;

— înfăşarea copilului fără ca regiunea fesieră să fie curăţită în prealabil de resturile de materii fecale, iar plicile pielii, de pudrele aplicate anterior.

Tehnica înfăşatului. Este diferită în raport cu vîrsta şi gradul de dezvoltare a sugarului: tehnica înfăşatului la nou-născut se deosebeşte de cea folosită la sugarul mai mare. În primele săptămîni de viaţă, pentru a evita răcirea, copilul este înfăşat cu mai multe straturi de scutece. Mai tîrziu, răspunzînd nevoilor crescînde de mişcare ale sugarului, scutecele exterioare se îndepărtează, cel interior se adaptează ca pantalonaş, iar pe deasupra se îmbracă un pantalon cu botoşei. Se mai recomandă utilizarea sacilor de dormit, care permit mişcările copilului.

501. Muşamaua de cauciuc sau foile de material plastic se folosesc cu prudenţă, deoarece împiedică aerisirea pielii dacă sînt aplicate în mod defectuos. Muşamaua nu trebuie să fie mai mare de 40/40 cm. Ea serveşte exclusiv la protecţia cearceafului din pat şi a îmbrăcămintei mamei (sorei) cînd ţine în braţe copilul. Dacă muşamaua se introduce între cele două scutece, marginile sale nu trebuie să se unească pe abdomenul copilului, ci să se afle la o distanţă de cel puţin 15 cm, pentru a nu se ajunge la supraîncălzire.

Muşamaua de pe pat, de sub aleză sau cearşaf, nu va fi aşezată pînă sub capul copilului, ci numai pînă în regiunea umerilor. Adesea apar abcese în regiunea occipitală, ca urmare a unor asemenea greşeli.

Tehnica înfăşatului ţine seama îndeosebi de particularităţile legate de vîrstă.

A. Înfăşatul sugarului mic (0-3 luni)

502. Rufăria necesară se pregăteşte astfel (fig. 75); pe masa de înfăşat se întinde scutecul mare, dreptunghiular, din finet sau molton. Deasupra se aşază întîi muşamaua, apoi scutecul mic, pătrat (din pînză sau finet), în aşa fel încît marginea lor superioară să se afle cu aproximativ 10 cm mai jos de marginea superioară a scutecului mare. Urmează scutecul triunghiular, rezultat din îndoirea pe diagonală a unui scutec mare pătrat; el se aşază cu latura mare cu 5 cm mai jos de marginea superioară a scutecului mic, vîrful privind în jos.

Cînd copilul trebuie schimbat complet se va pregăti şi cămăşuţa. Mînecile acesteia se petrec prin mînecile pieptărăşului. Primul gest va fi îmbrăcarea cămăşuţei, apoi urmează înfăşatul. Pentru îmbrăcarea cămăşuţei (fig. 76) sora (sau mama) strînge o mînecă întocmai ca pe un ciorap, apoi îşi introduce indexul şi mediusul prin partea de jos a mînecii şi prinzînd pumnul copilului îl trage afară. Cămăşuţa şi pieptărăşul se încheie prin legarea şireturilor pe umăr.

Urmează înfăşatul propriu-zis. Pentru aceasta, copilul este aşezat pe scutecele pregătite, astfel încît regiunea fesieră să fie cam la mijlocul scutecului triunghiular, iar marginea superioară a scutecului mare să fie în dreptul axilelor. Colţul de jos al scutecului triunghiular se trage între picioarele copilului, în sus,

Scanned with OKEN Scanner

pe abdomen (fig. 77); apoi colțul din dreapta se trece peste abdomen spre stînga, iar colțul din stînga spre dreapta (fig. 78 și 79), avînd grijă să fie bine întinse și netezite către spatele copilului, dar nu prea strînse. Urmează scutecul mic, pătrat; cele două laturi se trec peste abdomen, partea de jos rămînînd liberă. Mușamaua se aduce în același mod spre abdomen (fig. 80). Între cele două margini ale sale tre-

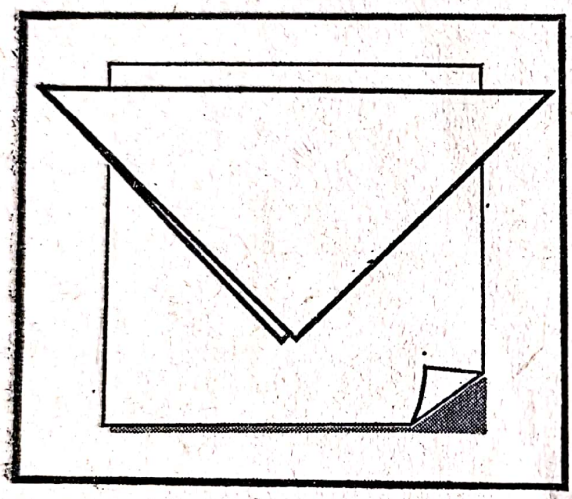


Fig. 75. Pregătirea scutecelor pentru înfășat.

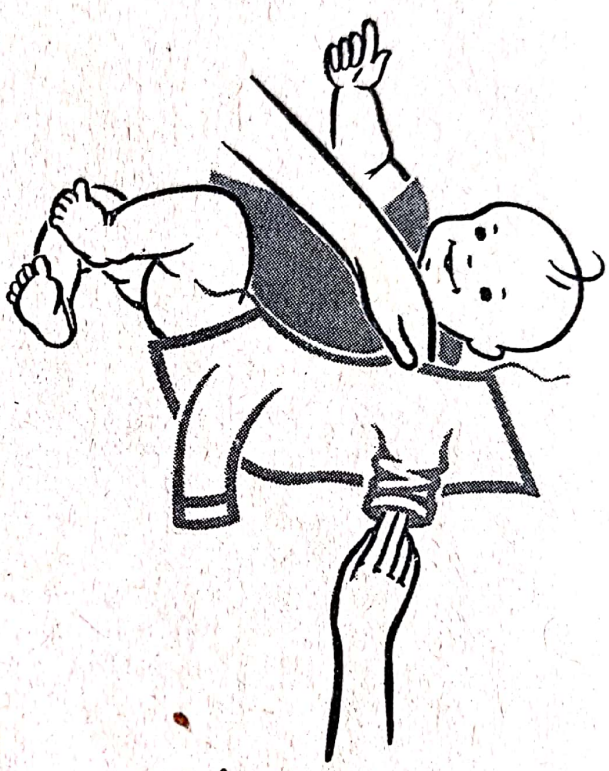


Fig. 76. Îmbrăcarea cămășuței.

buie să rămînă un interval liber de 10-15 cm. Nu este permis ca mușamaua să înfășoare în întregime corpul copilului (sau să se petreacă), deoarece duce la supraîncălzire și iritarea tegumentelor prin menținerea umezelii. Singurul ei scop este să protejeze scutecul mare, din finet, de umezirea prea frecventă. Peste mușama se trage cămășuța și se netezește bine, pentru a nu forma cute; marginea ei de jos se poate răsfrînge puțin (pentru a nu se uda), iar colțul cămășuței se introduce sub această margine, fiind astfel bine fixată. Acum se aplică scutecul mare: întîi se trece partea din dreapta spre stînga (fig. 81), apoi se fixează genunchii copilului în extensie și se îndoaie marginea inferioară a scutecului cu un lat de palmă mai jos de vîrful picioarelor, pentru a asigura libertatea mișcărilor copilului (fig. 82); în sfîrșit se petrece și partea din stînga spre dreapta și cît mai mult spre spate (fig. 83). Cînd înfășatul s-a făcut corect, latura vizibilă a scutecului mare se găsește la spatele copilului. Peste acest scutec se întinde pieptărașul și se fixează în modul descris la cămășuță. Nu mai este necesară legarea cu cordon sau brîu. Folosirea acelor de orice fel este interzisă. Botoșeii sînt de prisos.

Această metodă de înfășat este folosită mai ales pentru sugarul mic, în familie și în anotimpul rece. La nou-născutul cu plaga ombilicală nevindecată se impune protecția pansamentului ombilical. Pentru aceasta s-au recomandat variante ale tehnicii de mai sus. Una dintre acestea este următoarea: scutecul triunghiular se

îndoaie încă o dată, rezultînd un triunghi cu 4 straturi de pînză, care absoarbe foarte bine umezeala; dimensiunile lui sînt suficiente pentru nou-născut. Vîrful triunghiului se trece între picioare pe abdomen. Unul dintre colțurile laterale este trecut peste plica inghinală de aceeași parte pînă sub coapsa de partea opusă. Apoi, vîrful care se află pe abdomen se îndepărtează din regiunea ombilicală, îndoindu-

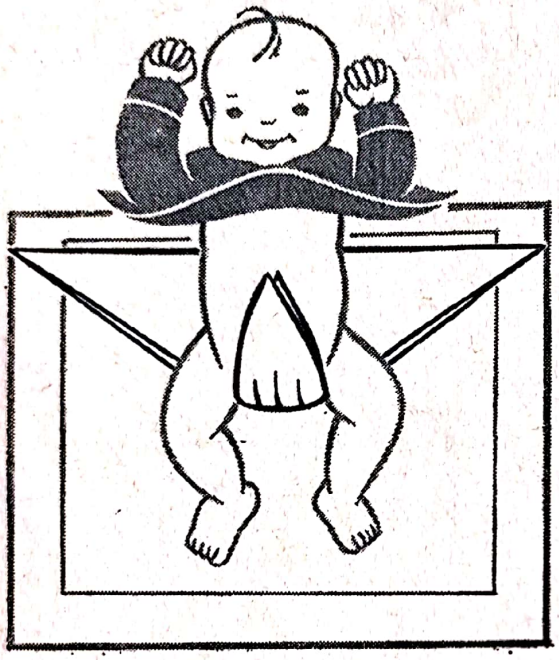


Fig. 77

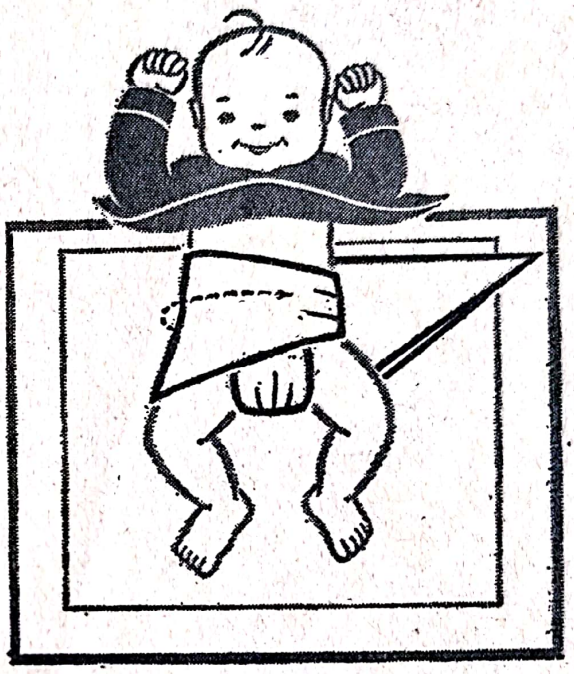


Fig. 78

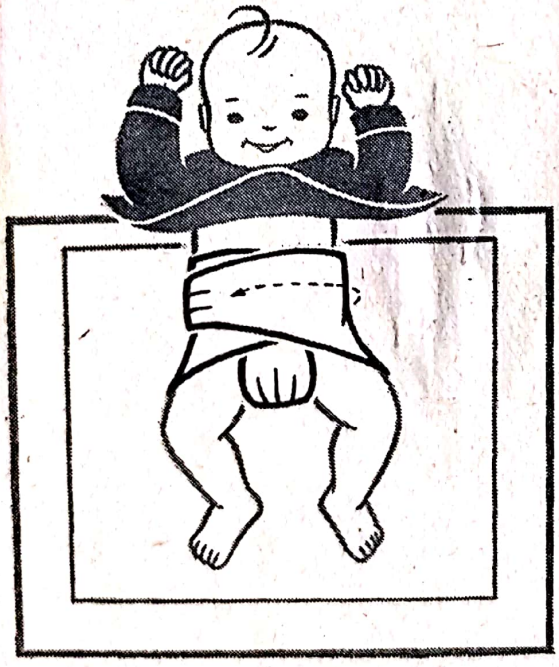


Fig. 79

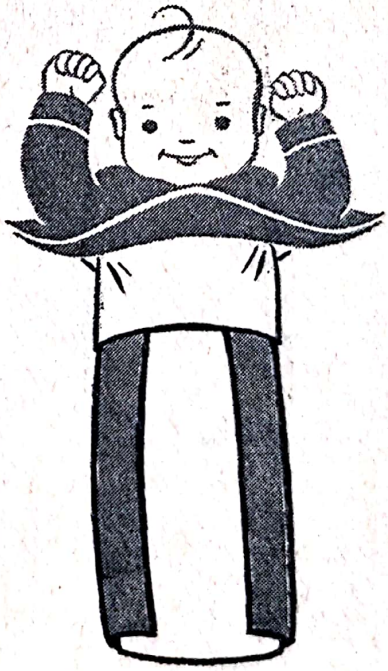


Fig. 80

Scanned with OKEN Scanner

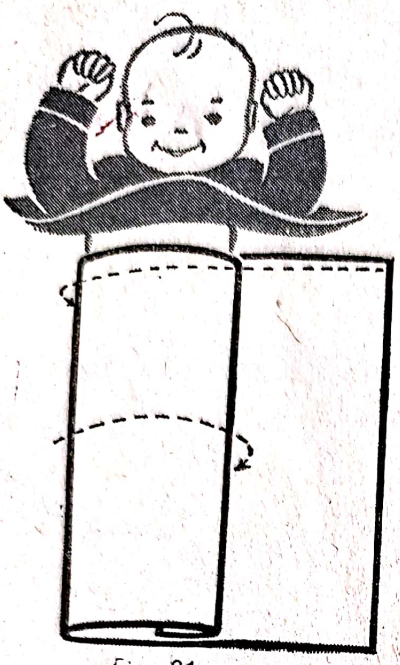


Fig. 81

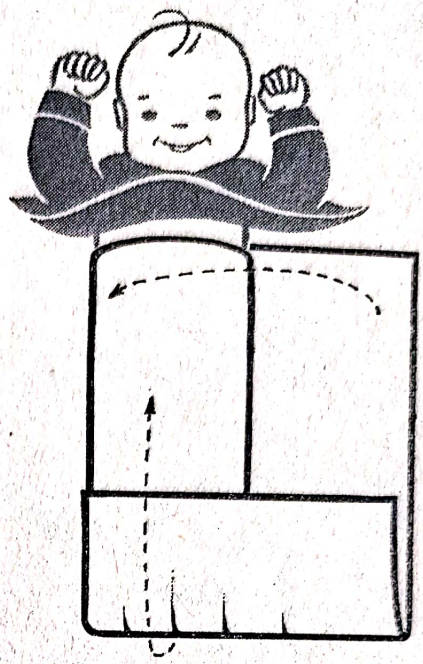


Fig. 82

Fig. 83.

Fig. 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83. Tehnica înfășatului sugarului mic.

se în jos, spre regiunea organelor genitale. Cel de-al doilea colț lateral se înfășoară bine, întins peste abdomen spre spate. În felul acesta, toată urina este absorbită la emisiune, iar regiunea ombilicală este protejată. Timpii următori ai înfășatului sînt la fel ca la tehnica descrisă mai sus.

La sugarii cu tegumente foarte sensibile, cu eritem fesier și, în general, la sugarii bolnavi se renunță la mușama. Copilul se înfașă numai cu scutecul triun-

Scanned with OKEN Scanner

ghiular, scutecul pătrat și scutecul mare de finet. Mușamaua se pune peste cearșaful saltelei și se acoperă cu un scutec obișnuit. În această variantă, copilul este mai lejer înfășat, iar umezeala este menținută mai puțin pe corp; consumul de scutece este mult mai mare.

B. Înfășatul prematurului

503. Se pregătesc următoarele scutece:

— un scutec pătrat de finet;

— un alt scutec de finet, așezat în colț, care se pune deasupra (cu acesta se învelesc membrele superioare și capul copilului);

— un scutec subțire, pătrat, de pînză;

— un scutec în triunghi.

Tehnica de înfășat este aceeași ca la nou-născut, cu deosebirea că unghiul superior răsfrînt al scutecului de finet pus în colț se aplică pe capul copilului ca o băsmăluță, iar colțurile laterale se petrec în jurul brațelor și trunchiului.

Scutecele se încălzesc în prealabil. Dacă prematurul este foarte mic (sub 2 000 g), capul, mîinile și picioarele trebuie bine protejate, pentru ca să nu răcească. Pentru aceasta se confecționează căciuliță, mănuși și cizmulițe din vată.

După baie, mai ales dacă nu este prea cald în cameră, sugarul mic se înfașă după metoda arătată mai sus, însă cu o mică modificare: în loc să fie lăsate libere mîinile, se pot fixa de-a lungul corpului, cu ajutorul scutecului mare de finet. Copilul se poate introduce apoi într-un sac de dormit care se leagă la umeri.

C. Înfășatul sugarului mare

504. După vîrsta de 3-4 luni, cînd copilul începe să pedaleze, se schimbă tehnica de înfășat. Pe de o parte, nu mai este necesar ca sugarul să fie îmbrăcat prea gros, deoarece corpul lui, perfecționîndu-și treptat capacitatea de termoreglare, nu mai este amenințat atît de mult de răciri; pe de altă parte, scutecele încep să-l incomodeze; copilul are nevoie de libertate în mișcări. Cea mai convenabilă formulă în acest moment este îmbrăcarea cu pantalonași special confecționați sau improvizați din scutece. În această din urmă eventualitate se folosesc: un scutec triunghiular, un al doilea scutec îndoit dreptunghiular și un cordon sau brîu.

Scutecul triunghiular (obligatoriu dublu) se întinde pe masa de înfășat (fig. 84). Deasupra se pune scutecul împăturit dreptunghiular. Paralel cu latura mare a scutecului triunghiular se întinde cordonul. Copilul se așază pe scutec.

Dreptunghiul se ridică între picioare spre abdomen (fig. 85). Apoi se petrec cele două colțuri laterale ale triunghiului, peste abdomen, spre spate (fig. 86). Cordonul se aplică în față, se încrucișează la spate și se aduce din nou în față, unde se înoadă separat, fiecare cu cîte unul din vîrfurile scutecului triunghiular (fig. 87). Acest pantalonaș este comod pentru copil, bine fixat, permițîndu-i, în același timp, să se miște în voie. Copilul trebuie încălțat cu botoșei. În cazul cînd sugarul este îmbrăcat deasupra cu pantalonași din pînză sau tricotați, scutecul dreptunghiular se aplică în același mod, dar cordonul este de prisos.

Scanned with OKEN Scanner

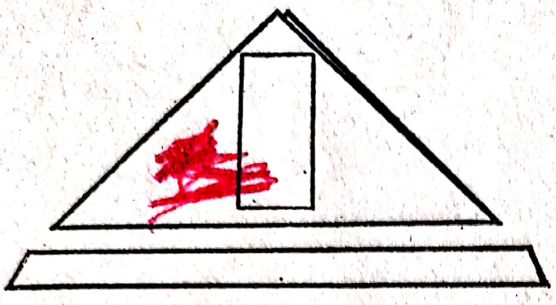


Fig. 84. Pregătirea scutecelor pentru înfășatul sugarului mare.

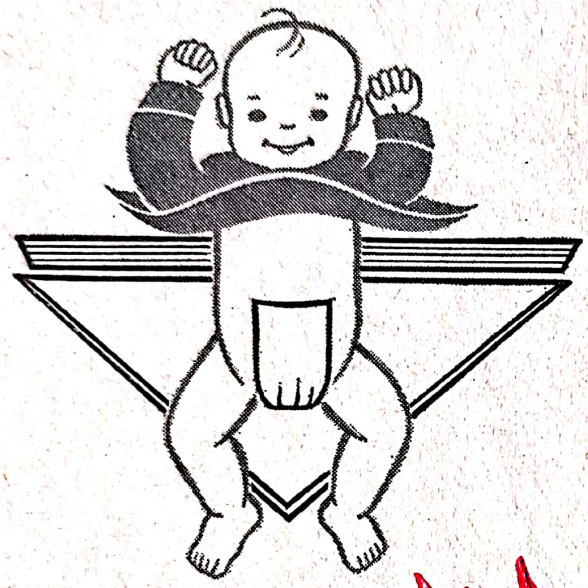


Fig. 85

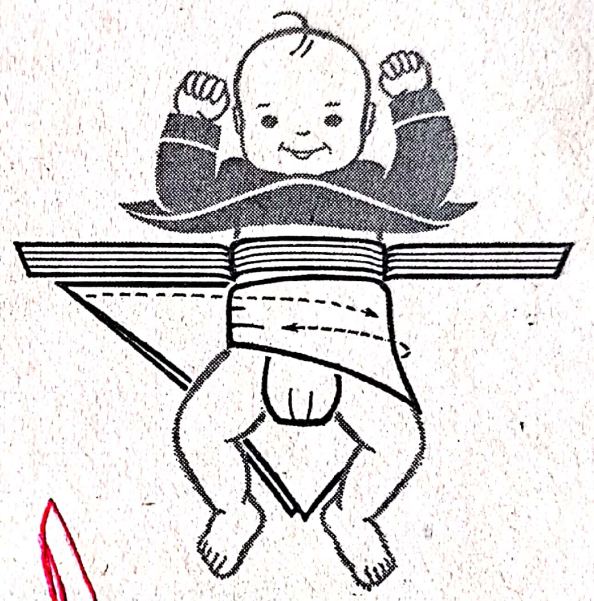


Fig. 86

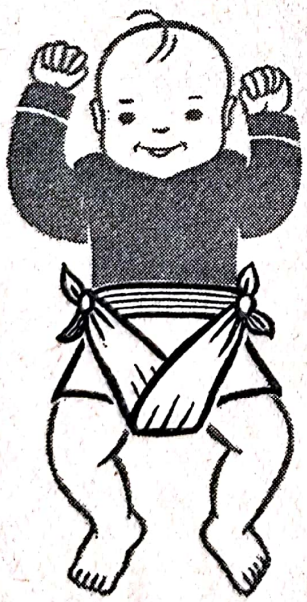


Fig. 87

Fig. 85, 86, 87. Tehnica înfășatului sugarului mare.

Scanned with OKEN Scanner

505. Scutecele din celofibră sînt foarte practice, deoarece economisesc rufăria și scutesc pe mamă de efortul de a spăla atîtea scutece. Sînt absorbante, moi și ușor de folosit; după întrebuințare se aruncă.

506. Chiloții de cauciuc sau din material plastic vor fi evitați pe cît posibil, deoarece împiedică respirația pielii și reglarea temperaturii, favorizînd apariția de

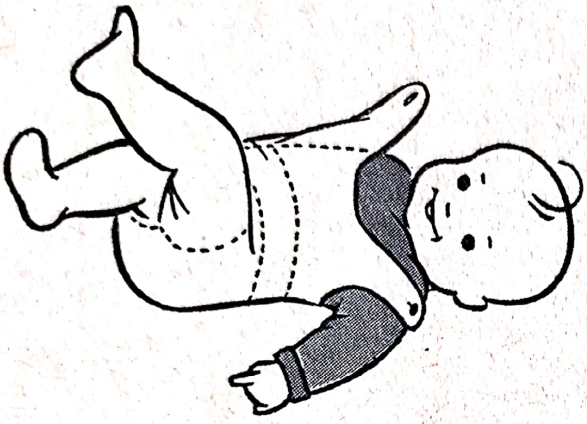


Fig. 88. Deasupra pantalonașului confecționat din scutece, copilul poate fi îmbrăcat cu pantalonași cu botoșei.

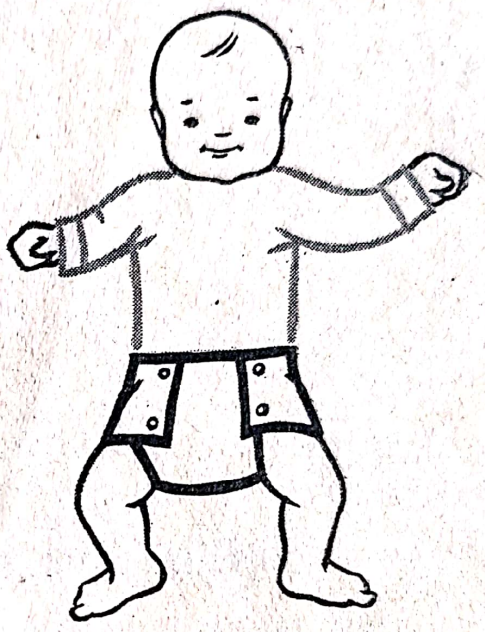


Fig. 89. Pantalonași din material plastic. ⟶

iritații și eritem fesier. Se vor folosi numai în ocazii speciale (voiajuri, plimbări). În caz de eriteme fesiere sau infecții cutanate sînt strict contraindicate.

D. Schimbatul sugarului

507. Schimbarea rufăriei și a scutecelor se face după baia de curățenie și în cursul zilei, atunci cînd sugarul s-a murdărit. Pentru aceasta nu există însă o regulă fixă. Unii copii urinează de 15-20 de ori pe zi, dar aceasta nu înseamnă că trebuie schimbați de fiecare dată. La emisiunile mai mari de urină, schimbarea este obligatorie. La micțiunile mai reduse cantitativ și îndeosebi dacă sugarul doarme, aceasta se amînă pînă la trezirea lui. De asemenea nu trebuie uitat că schimbările mai frecvente favorizează pierderile de căldură, iar pentru mamă consumul mare de rufărie constituie un efort suplimentar inutil. După emisiunea de scaun, sugarul trebuie însă schimbat imediat.

Copiii cu diateză exsudativă vor fi schimbați mai des, deoarece tegumentele lor sînt mai sensibile la umezeală și agenți iritanți. Se apreciază că un sugar se schimbă de 7—10 ori pe zi.

Cum se procedează dacă sugarul este găsit murdar la ora alimentației? La sugarii mici, avînd în vedere tendința mai mare la regurgitații, schimbarea se face de preferință înainte de alimentație, pentru a se evita manipulările după administrarea prînzului. Ceilalți pot fi schimbați după alimentație, mai ales că la unii se produc emsiuni de urină și fecale chiar în timpul mesei.

Scanned with OKEN Scanner

La fiecare schimbat, sugarul va fi spălat cu un colț de scutec umezit, apoi uscat prin tamponare. După scaun, pielea se spală cu apă călduță sau cu ulei și apoi se usucă.

Scutecele murdare cu urină sau cu fecale se păstrează în găleți separate, pînă la spălare și fierbere.

508. Pudrajul. Cu ocazia înfășatului se face pudrajul regiunii anogenitale și a plicilor, folosindu-se o cutie cu capacul perforat, niciodată pămătuful. La plici, pudra se aplică cu ajutorul unui colț de scutec uscat, pe care s-a depus un strat foarte subțire (vezi și punctul 492).

Cutia plină cu pudră nu este o jucărie pentru copii: ea se poate deschide, iar pudra poate fi aspirată în căile respiratorii ale copilului, determinînd moartea acestuia.

509. Îmbrăcarea copilului pentru plimbare. Dacă sugarul este scos pe balcon sau în grădină sau este dus la plimbare, cînd vremea este rece, i se pune o jachetă de lînă și o căciuliță. Mulți copii nu suportă lîna pe piele; de aceea, mama se va îngriji ca la gît, la manșete sau la nivelul șnurului de la căciuliță, lîna să nu vină în contact direct cu pielea. Copilul va fi apoi învelit cu o păturică, îndoită, de lînă sau o pilotă.

În zilele calde, însorite, copilul nu va fi îmbrăcat cu obiecte de lînă. Vara, capul sugarului trebuie protejat de acțiunea directă a razelor soarelui sau de vînt.

Îngrijirea lenjeriei

510. Spălarea. Cămășuțele, cearșafurile și bonetele se colectează și se spală separat. Scutecele murdărite cu materii fecale se înmoaie într-o găleată cu capac, după ce au fost clătite cu apă rece, iar cele udate cu urină se înmoaie în altă găleată; la apa de înmuiat se adaugă săpun lichid, sodă de rufe sau soluție de cloramină, 0,5-1% (ținerea rufelor în soluție de cloramină în concentrație mai mare de 1% și pe o perioadă ce depășește 1-2 ore duce la degradare). Scutecele impregnate cu urină sau cu materii fecale se țin la înmuiat 2-3 ore, iar restul rufăriei 1/2-1 oră. După ce s-au înmuiat, rufele se storc și se pun în vasul de fiert. Toată lenjeria dintr-o zi se spală o dată. În apa de fiert se adaugă săpun de rufe, săpun lichid, fulgi de săpun sau detergenți fini („Dero" etc.). Dacă apa este dură, bogată în săruri de calciu (apa care nu face spumă), se adaugă în plus sodă de rufe. Durata de fierbere este de 5 minute la lenjeria obișnuită și de 20-30 de minute la scutecele cu scaune diareice. După fierbere fiecare bucată este controlată; petele rămase se freacă tot în vasul în care a fiert lenjeria.

511. Clătitul. Resturile de săpun sau detergenți sînt cauza multor eriteme fesiere. Clătitul se face întîi cu apă călduță și, la sfîrșit, cu multă apă rece. Rufele insuficient clătite devin scorțoase, își pierd capacitatea de absorbție și irită zonele sensibile ale pielii sugarului. Lenjeria sugarului nu se spală și nu se limpezește în lacuri sau ape curgătoare, deoarece acestea conțin uneori cantități foarte mari de germeni patogeni.

512. Uscarea lenjeriei. Rufăria bine stoarsă este întinsă la uscat, de preferință la aer și soare, pe sîrme montate special pentru acest scop, care se șterg înainte de a se așeza rufele. În familiile unde nu se poate beneficia de un spațiu cu expunere la aer, se vor usca după posibilități, dar niciodată în camera copilului. În colectivități, uscatul rufelor se face în locuri special amenajate (uscătorii, pod).

Scanned with OKEN Scanner

513. Călcatul. Presatul. Înainte de a trece la călcat, se verifică lenjeria și se separă obiectele care sînt rupte. Călcatul asigură sterilizarea rufăriei și îi dă aspectul plăcut. În colectivități, această operație poate fi înlocuită prin presare. Lenjeria presată este mai moale decît cea călcată cu fierul, în schimb călcatul prezintă avantajul că sterilizează scutecele.

Îngrijirea lenjeriei trebuie făcută, întotdeauna, cu minuțiozitate. Nici o infirmieră de spital sau de colectivitate de copii sănătoși și nici o mamă, la domiciliu, nu trebuie să devină superficială în această problemă, deoarece orice neglijență poate să aibă urmări grave pentru sugari (diarei de origină infecțioasă, piodermite, hepatită epidemică etc.). În colectivități și chiar în familie, o lenjerie prost îngrijită dă naștere acelui miros cunoscut sub numele de „miros de copii mici".

514. Obiectele de lînă se spală separat, cu apă călduță și săpun, clătindu-se tot cu apă caldă. Obiectele din lînă nu trebuie frecate între mîini. După cel de-al doilea clătit, țesătura de lînă se pune într-o cîrpă de bumbac și se stoarce ușor, strîngînd totul în formă de sul. Pentru a grăbi uscatul, obiectele de lînă se întind la aer, însă nu direct la soare sau lîngă sobă.

515. Mușamalele se spală la fiecare schimbat și apoi se șterg cu un scutec curat și uscat. La două zile, mușamaua se schimbă, se spală bine cu apă și săpun (sau detergenți), se dezinfectează (cu soluție de cloramină 1%) și se usucă.

516. Împăturirea și sortarea lenjeriei. Lenjeria se împăturește și se sortează pe categorii și dimensiuni, și se pune în ordine, pentru a fi folosită cu mai multă operativitate. Unii recomandă, pentru ușurarea înfășatului, ca pe scutecul mare de finet să se pună scutecul mic îndoit în formă de triunghi, așa cum este descris la tehnica înfășatului. Totul se îndoaie încă odată, pentru a nu ocupa prea mult loc în dulap. Acest ultim procedeu se folosește numai în familie. Deși ar părea complicat, este însă destul de simplu și după cîteva zile mama se obișnuiește.

Ținerea sugarului

517. Ținerea sugarului și toate tehnicile de îngrijire se fac cu mișcări sigure, calme. Dacă se execută greșit, cu nepricepere, îi pricinuiesc copilului durere sau îl pot speria. Este greșit, de exemplu, să se ridice sugarul, din poziție culcată, apucîndu-l de un singur braț. Este important ca trupul și, în special, capul sugarului să aibă totdeauna un sprijin, pentru a evita suprasolicitări unilaterale sau dăunătoare.

518. Susținerea copilului dezbrăcat. Cu mîna stîngă se cuprind picioarele copilului la nivelul gleznelor: degetul arătător se găsește între cele două picioare; cu arătătorul și policele se apucă un picior, iar cu celelalte 3 degete celălalt picior. Sugarul este ridicat atît încît mîna dreaptă să poată sprijini capul.

519. Ținerea sugarului în brațe. Sugarii mici se țin pe brațul drept în așa fel încît capul să fie sprijinit pe încheietura cotului; cu mîna stîngă se țin în poziția șezînd, pe un braț, astfel încît picioarele să nu fie îndepărtate lateral, iar cu celălalt braț se sprijină spatele și capul copilului (fig. 90). Este recomandabil să se treacă sugarul de pe un braț pe altul.

În general este bine ca sugarul să fie ținut cît mai rar în brațe și să se renunțe cu totul la aceasta din momentul în care el poate sta singur în picioare sau poate

Scanned with OKEN Scanner

să meargă. Dacă un sugar este ținut prea mult în brațe, prea devreme sau în mod greșit, apare posibilitatea deformării coloanei vertebrale și a bazinului, mai ales în cazul existenței unui rahitism.

520. Ținerea copilului la examenul medical. Dacă sugarul stă culcat pe spate i se țin brațele depărtate de corp în așa fel încît medicul să-l poată examina ne-

Fig. 90

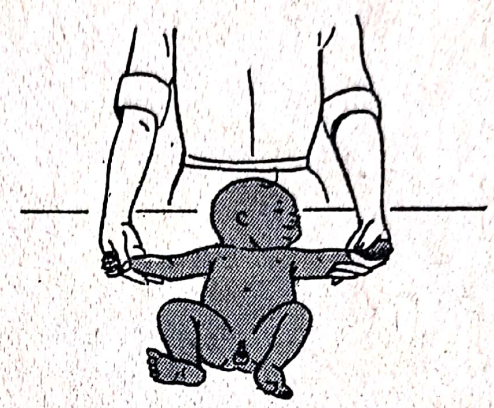


Fig. 91

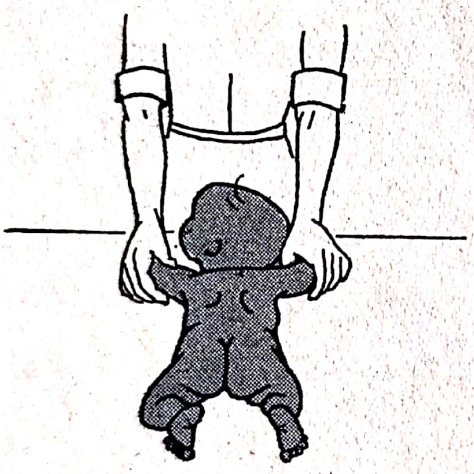


Fig. 92

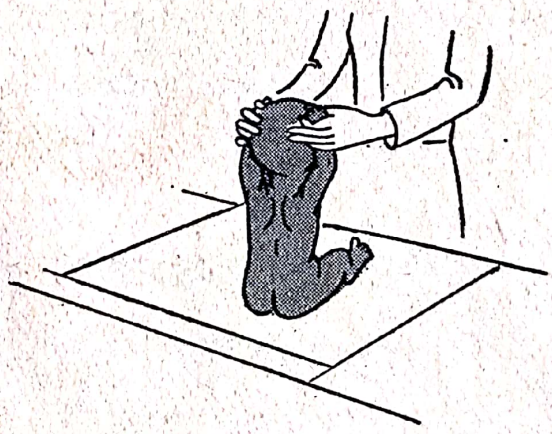


Fig. 93

Fig. 90, 91 92 și 93. Ținerea sugarului pentru examenul medical.

stînjenit (fig. 91). Dacă stă culcat pe burtă, i se țin brațele sub piept, dar în așa fel încît să poată respira liber (fig. 92). Dacă sugarul urmează să fie examinat în poziție șezîndă, va fi susținut cu palmele puse sub axile, iar dacă nu știe încă să-și țină singur capul, i se ridică brațele în sus, sprijinindu-i concomitent capul (fig. 93).

Cîntărirea și măsurarea lungimii

521. Cîntărirea. Pentru a sesiza la timp stagnările în greutate și a preveni astfel distrofia, este absolut necesară cîntărirea lunară, iar în familiile unde există posibilități, cîntărirea săptămînală. Cîntăririle zilnice ale copilului sănătos nu sînt

Scanned with OKEN Scanner

utile, nefiind concludente și constituind un motiv de neliniște pentru mamă, deseori nejustificată.

Pentru urmărirea greutății sugarului se folosesc cîntare speciale care, în afară de un sistem special de citire a greutății, sînt prevăzute cu o mică tară pentru reglare, două tije orizontale paralele, cea de sus gradată în diviziuni de cîte 10 g, iar cea de jos în kilograme, pînă la totalul de 10 kg. Mai au un suport numit „scafă", în care se pune copilul. Scafa are dimensiunile unui sugar și este făcută din metal sau din plasă (de sfoară, sîrmă, material plastic).

Fig. 94. Ținerea sugarului pentru examinarea ochilor sau a faringelui.

a) *Tehnica cîntăririi sugarului.* Pe scafa cîntarului se așterne un scutec curat, căruia i se va face tara. Se cîntărește apoi sugarul, iar din cifra obținută se scade greutatea scutecului, obținîndu-se astfel greutatea copilului.

b) *Condiții de respectat:* 1) Cîntarul va fi așezat pe un plan solid (măsuță specială, scaun), perfect orizontal; 2) va fi cît mai rar deplasat, ca să nu se deregleze; cînd este necesară transportarea lui, aceasta se face cu atenție, fără zguduiri, cu cursoarele fixate în poziție orizontală, cuprinzîndu-l cu ambele mîini de suportul fix din partea inferioară (ca pe o tavă încărcată); 3) înainte de fiecare cîntărire se verifică dacă cîntarul este bine reglat la gradația 0: se coboară piedica pe care se sprijină tija metalică gradată și se controlează dacă limba tijei metalice este în dreptul tijei fixe; 4) cînd cîntarul nu se întrebuințează se fixează („se asigură") prin dispozitivul special adaptat în acest scop; atît la așezarea, cît și la coborîrea copilului de pe cîntar se fixează cele două tije cu ajutorul acestui dispozitiv; 5) cîntarele din unitățile sanitare vor fi zilnic curățate și dezinfectate; ele se verifică periodic de către Serviciul de măsuri și greutăți. La copilul bolnav, cîntărirea zilnică se face în următoarele situații: sindroame de deshidratare acută (diaree, vărsături), cardiopatii decompensate, ciroze, nefrite, sindroame nefrotice, copiii la perfuzie etc.

522. Perimetrul toracic se măsoară cu o panglică metrică de croitorie, care se trece în jurul toracelui, în spate la nivelul vîrfului omoplaților, iar în față la nivelul mameloanelor. Se notează cifrele expiratorii și inspiratorii maxime.

523. Măsurarea lungimii (înălțimii). Măsurarea sugarului se face lunar. Pentru a fi exactă, ea trebuie efectuată de două persoane. În unitățile sanitare, măsurătoarea se face cu pediometrul, care este un dispozitiv format dintr-o platformă gradată, lungă de 1 m; pereții laterali și unul din capete sînt fixe; celălalt capăt este reprezentat de un cursor mobil. Se așterne pe pediometru un scutec curat, apoi se așază copilul dezbrăcat. Una dintre persoane menține capul copilului la suportul fix. Cealaltă persoană întinde picioarele copilului și împiedică flectarea coapselor, aplicînd o mînă pe genunchi, iar cu cealaltă mînă împinge cursorul mobil pînă la tălpile copilului. Se citește diviziunea de pe porțiunea gradată, avînd grijă ca piesa mobilă să nu se deplaseze.

Scanned with OKEN Scanner

În familie, se întinde copilul pe un plan orizontal dur, de exemplu o masă pe care s-a așternut un scutec. La cap și la picioare se pune cîte o carte, avînd grijă ca picioarele să fie bine întinse, și se măsoară cu o panglică metrică distanța dintre cele două cărți.

Băile medicamentoase

524. Indicații. Diferitele proceduri hidroterapice efectuate în scop profilactic sau terapeutic se aplică la sugar cu mult discernămînt și, de obicei, numai la recomandarea medicului.

Cu cît sugarul este mai mic, cu atît rezervele în privința băilor terapeutice vor fi mai mari. Băile medicamentoase (cu diferite adaosuri) sau cele cu apă la temperaturi neobișnuite reprezintă factori excitanți care pot avea uneori urmări neprevăzute, nefavorabile.

În cazul băilor medicamentoase, în apa de baie se adaugă anumite substanțe înzestrate cu efecte terapeutice și care pătrund prin tegumente sau cu efecte de curățire.

În ultima vreme se găsesc pe piață o serie de produse dezinfectante care pot fi adăugate apei pentru baia sugarului și copilului mic. Dintre acestea cele mai folosite sînt: cloramina și bromocetul.

525. Baia cu permanganat de potasiu. Este recomandată pentru dezinfecția tegumentelor în cazul unor infecții cutanate.

Tehnica. Se face mai întîi o soluție concentrată cu cristalele de permanganat de potasiu, dizolvîndu-se 1/2 g (un vîrf de cuțit de cristale) în 150—200 ml apă. Această soluție se va păstra într-o sticluță de culoare brună. Din soluția concentrată astfel preparată se pune în apa de baie (cu temperatură de 37—38°) cantitatea necesară pentru a obține o colorație roz-liliachie palidă. Copilul nu trebuie să înghită din apa de baie, deoarece medicamentul este toxic. Durata băii este de 5 minute. După aceasta copilul nu va mai fi spălat cu săpun, ci limpezit cu apă curată. Baia cu permanganat de potasiu poate fi repetată la nevoie de mai multe ori, la interval de 1—2 zile.

După baia cu permanganat, pe cadă poate rămîne o colorație brună, care se poate îndepărta prin spălare cu apă oxigenată.

Sticluța cu soluție-mamă trebuie corect etichetată și păstrată în așa fel să nu fie accesibilă copilului (pericol de intoxicații).

526. Baia cu soluție de Bromocet (Cetazolin). Bromocetul este un detergent cu acțiune antiseptică și dezinfectantă. Se folosește, în ultimul timp, pe scară largă, în spitale, pentru dezinfecția suprafețelor, instrumentelor chirurgicale, veselei și la băile medicamentoase.

Preparatul se procură de la farmacii în soluție de 10%, în flacoane de 100 ml, și în soluție de 20%, în sticle de 1 litru. Pentru folosirea în familie sînt de preferat flacoanele cu soluție 10%.

De subliniat că Bromocetul este incompatibil cu săpunul; dacă este amestecat cu apă în care se găsește spumă de săpun, el este inactivat.

Indicații. La sugar se folosește în caz de infecții ale pielii (foliculite, piodermite, eczeme infectate) și la îndepărtarea cojilor de impetigo, crustelor seboreice și a unguentelor de pe piele. Bromocetul precipită toate albuminele străine și dizolvă grăsimile. Nu este iritant, iar pielea rămîne catifelată după folosirea lui.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica. Pentru baia nou-născuților și sugarilor se folosesc soluții slabe, de 0,5‰ sau 1‰. În băița de material plastic care se găsește în comerț (capacitate 32 litri) se toarnă 10 litri apă călduță (o găleată) și se adaugă 10—20 linguriță de soluție 10%. Prin agitarea apei se formează o spumă abundentă, aerată. Se spală toate regiunile corpului, insistîndu-se ca soluția spumoasă să atingă toate plicile pielii. Dacă pe pielea păroasă a capului sînt elemente de infecție cutanată (plăgi deschise, pustule etc.) se poate spăla și această regiune. Se va evita ca în timpul îmbăierii spuma soluției de Bromocet să ajungă la ochi, în gură sau să fie aspirată pe nas. Nu se storc furunculele sau abcesele, nu se storc pustulele. La urmă pielea copilului va fi limpezită cu apă caldă, curată. Durata băii este de 5 minute. Se repetă zilnic pînă la vindecare. După ce au dispărut secrețiile zemuinde și purulente se vor face, în continuare, timp de cîteva zile, băi cu infuzie de mușețel.

527. Baia cu cloramină B. Pentru baia sugarului, la 10 litri de apă călduță se adaugă 100 — 200 g cloramină comercială, realizîndu-se o soluție de 2,5—5‰ cloramină substanță. Se realizează o soluție ușor lăptoasă. Cloramina are o acțiune dezinfectantă și antiseptică asupra germenilor gram-negativi cum sînt microbii care produc majoritatea diareilor (coli, dizenterici, tifici și paratifici), tuberculoza (b. Koch) și difteria. Ca urmare, în caz de diaree, scutecele copilului se colectează și se păstrează timp de 2 ore într-o soluție de Cloramină 0,5% (soluțiile mai concentrate distrug lenjeria), iar băița se spală cu soluție 2%. Pentru o soluție 0,5g% clor activ se pun 20 g cloramină pulbere la 1 litru apă (1000 ml).

528. Băile emoliente au ca scop să calmeze tegumentele iritate și congestionate, ca în eritemul fesier simplu, sudamină, dermatoze, afecțiuni pruriginoase, eczemă, faza de vindecare a leziunilor purulente etc.

529. Baia de mușețel. Mușețelul *(Flores chamomillae)* și preparatul comercial Romazulan (o emulsie concentrată) posedă o acțiune antiinflamatoare și decongestivă. Unii îi atribuie și proprietăți antialergice, reparatoare-cicatrizante și spasmolitice de tip papaverinic (așa s-ar justifica administrarea în colici abdominale). Are indicații numeroase: eritemul („opărirea") din regiunea feselor și organelor genitale, inflamații ale pielii, erupții alergice, stări de agitație.

Tehnica. Peste un săculeț cu 50—100 g flori de mușețel se toarnă 2—3 litri apă clocotită și se lasă acoperit 10 minute. Infuzia rezultată și săculețul cu mușețel se adaugă la apa de baie (36—38°), iar săculețul se stoarce bine. În caz că se folosește Romazulan, se pune o lingură la 1 litru de apă fierbinte. Baia durează 5—10 minute.

530. Baia de tărîțe de grîu se recomandă la copiii cu tegumente sensibile și în faza de vindecare a eczemei, a eritemului fesier, a leziunilor de intertrigo.

Tehnica. Într-un vas cu 5 litri de apă se pune un săculeț de tifon cu 500 g tărîțe și se fierbe totul timp de 1/2—1 oră. La apa de baie se adaugă fiertura obținută și se stoarce săculețul cu tărîțe pînă cînd apa capătă un aspect cenușiu-murdar și o consistență ușor vîscoasă. Durata băii este de 15 minute. Se poate repeta de 2 ori pe zi, cîteva zile la rînd.

Procedee fizioterapice în pediatrie

531. Prin **fizioterapie** se înțelege utilizarea unor agenți fizici (căldura, frigul, lumina, umezeala, ultrasunetele, radiațiile ionizante, curenții electrici etc.) în tratamentul anumitor boli sau al urmărilor lor. În funcție de forma de energie fizică

Scanned with OKEN Scanner

folosită, se deosebesc următoarele metode fizioterapice: termo- și hidroterapia; mecanoterapia (masajul, gimnastica); ultrasunetele; actinoterapia (îndeosebi razele ultraviolete); electroterapia, inclusiv terapia cu raze ultrascurte; aeroterapia; roentgenterapia și terapia cu radiații radioactive. În strînsă legătură cu fizioterapia, se găsește balneo- și climatoterapia. Dintre aceste tehnici de fizioterapie, în practica pediatrică se folosesc îndeosebi: aeroterapia, termoterapia, hidroterapia, aplicațiile de raze ultraviolete, undele ultrascurte. Celelalte procedee au indicații mai restrînse, pentru cazuri speciale.

Hidroterapia

532. Hidroterapia. Pe plan general, atît hidro-, cît și termoterapia au pierdut mult din importanță de la introducerea sulfamidelor și antibioticelor. Totuși, ele își mențin încă indicația terapeutică într-un mare număr de afecțiuni. Prin experiențe privind comportarea apărării umorale după hidroterapie s-a arătat că titrul anticorpilor nespecifici crește în ser și deci și apărarea față de infecții.

Dintre indicații se pot cita următoarele:

a) ca tratament asociat în terapia bolilor infecțioase;

b) în tratamentul local al unor procese inflamatoare (limfangite, adenite, amigdalite, crup difteric, pseudocrup, abcese periamigdaliene, otita medie);

c) în unele afecțiuni care interesează organe abdominale (spasm piloric, constipație spastică, afecțiuni hepato-biliare, apendicită, afecțiuni urinare);

d) ca terapie adjuvantă în bolile aparatului respirator (pe plan secundar față de aeroterapie și de aerosoli);

e) în boli ale aparatului locomotor și ale țesutului colagen (reumatism cronic, tratamentul sechelelor postaccidente);

f) în afecțiuni ale sistemului nervos (paralizii prin poliomielită și de altă natură, miopatii, nervozitate și tulburări de somn);

g) în unele tulburări cardio-circulatorii (hipotonie, insuficiență circulatorie ortostatică, tahicardie paroxistică, tulburări de irigare periferică);

h) în asociere cu aeroterapia și mișcare pentru călirea organismului.

Hidroterapia este contraindicată în următoarele cazuri:

a) la nou-născut, al cărui echilibru neuro-vegetativ este extrem de labil și la care nu se pot efectua aplicații umede, calde, reci sau sinapizate decît în cazuri excepționale, la indicația și în prezența medicului;

b) la copiii cu distonie neurovegetativă sau păstoși, la care pot apărea reacții nedorite, chiar paradoxale.

533. Practica hidroterapiei. Apa este cel mai important vehicul de temperatură, deoarece posedă capacitatea calorică cea mai importantă și se poate stabili la temperatura dorită. Hidroterapia poate fi generală, parțială sau locală (compresele umede). În practica hidroterapiei se va ține seama de următoarele reguli de bază:

a) temperatura aerului din cameră să se situeze în zona de confort (20—22°) și să fie uniformă în toată camera. Copilul nu se așază în imediata apropiere a sursei de căldură (sobă, radiator). Se vor evita curenții reci de aer, avînd grijă ca ferestrele să fie închise;

b) în timpul procedurii și 10—15 minute după terminarea ei sora rămîne tot timpul lîngă copil, îi urmărește reacția generală și-i controlează pulsul la temporală.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă apar semne care indică tulburări circulatorii grave (cianoză sau paloare generalizată, tegumente marmorate, tremurături, puls mic abia perceptibil), se întrerupe procedura, se învelește copilul și se anunță medicul;

c) dacă se folosește apa rece, se asociază cu un excitant mecanic (fricțiuni, masaj sau periaj);

d) în aplicarea procedeelor de încălzire (perne electrice, sticle calde etc.), se vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a nu se arde copilul;

e) este foarte important ca mama să aibă grijă să existe în cameră un ceas pentru a putea aprecia obiectiv durata procedurii. De asemenea, vor fi pregătite la îndemînă analeptice cardio-circulatorii;

f) se va asigura îngrijirea atentă a pielii după terminarea procedurii, întrucît prin contactul prelungit cu umezeala ea devine deosebit de receptivă la infecții. De aceea se usucă cu grijă, apoi se pudrează sau se fricționează cu soluții alcoolice.

534. Baia fierbinte. Este o procedură care se aplică în situații speciale, numai la indicația medicului. Baia „fierbinte" urmărește încălzirea copiilor a căror temperatură corporală a scăzut sub limita normală sau a acelora care nu-și pot menține temperatura normală (36—37°) datorită metabolismului lor deficitar. Această din urmă indicație privește în special sugarii debili (distrofici) sau prematuri, a căror îngrijire pune, oricum, probleme deosebite.

Tehnica. La început, temperatura apei de baie va fi de 35—37°. Treptat se adaugă apă caldă pînă cînd temperatura atinge 39°, cel mult 40°. Supravegherea (înregistrarea) temperaturii apei se va face numai cu un termometru de baie bun. Copilul este menținut la aceeași temperatură aproximativ 5 minute, dar va fi bine observat tot timpul. După baie va fi înfășurat într-un prosop de baie încălzit, și va fi uscat rapid, dar cu mișcări blînde de tamponare, avînd grijă să se șteargă toate urmele de umezeală; este așezat apoi în pătuțul încălzit în prealabil.

O astfel de baie de încălzire poate fi repetată la nevoie de mai multe ori pe zi. Pentru întărirea efectului băii se poate fricționa corpul copilului, în apă, cu ajutorul unei mănuși de baie aspre sau cu ajutorul unei periuțe cu părul moale. Aceasta stimulează circulația sanguină cutanată.

Baia fierbinte repetată se indică, de asemenea, la copiii care într-un fel au înghețat (au căzut într-un bazin cu apă rece; au fost surprinși în timpul unei călătorii de un val brusc de frig; s-au descoperit noaptea într-o cameră prea răcoroasă).

535. Baia de răcire. Această procedură se practică numai la indicația specială a medicului. Este recomandată în unele stări de hipertermie (febră mare) însoțite de fenomene de iritație nervoasă (centrală). În general se aplică numai la sugarii mai mari. Pînă la venirea medicului — în caz de convulsii cu febră mare — se poate aplica această procedură.

Tehnica. Se începe cu o baie la temperatura obișnuită de 37° sau, și mai bine, cu apă care să aibă cu 1° mai puțin decît temperatura copilului; baia se răcește treptat, în decurs de 5 minute, prin adăugare de apă rece, pînă se ajunge la 34—32°, cel mult la 28—30° (este obligatorie utilizarea termometrului de baie!) Cît se toarnă apă rece se agită mereu cu mîna, pentru că apa caldă și apa rece se amestecă greu. Concomitent se efectuează un masaj puternic al suprafeței corporale, cu ajutorul unei mănuși de baie. Durata băii nu trebuie să depășească 10 minute.

Se impune observarea atentă a copilului, deoarece nu toți copiii suportă la fel de bine această procedură de răcire. Dacă buzele copilului se colorează albastru-violet (se învinețesc), baia trebuie întreruptă imediat.

Scanned with OKEN Scanner

Efectul unei băi de răcire este asemănător cu acela al unei împachetări hipotermizante, dar mai drastic. Rezultatul este că organismul cedează din căldură și febra scade. Masajul concomitent accentuează efectul băii.

536. Baia de stropire. Este o procedură eficace pentru tratamentul unor procese patologice însoțite de secreții abundente în căile aeriene inferioare, căci determină evacuarea mucozităților. Constituie un mijloc excelent de călire.

Tehnica. Copilul, așezat într-o baie cu apă caldă, este stropit în regiunea toracelui cu apă la temperatură ceva mai joasă. Se obține astfel o excitație cutanată (urmată de o mai bună irigare sanguină a tegumentelor), însoțită de țipăt și tuse.

În mod reflex se realizează efectuarea unor respirații de amplitudine mai mare.

Se recomandă ca această stropire să încheie baia zilnică de curățenie a copilului.

Este recomandabil ca la această procedură să asiste o a doua persoană. O persoană ridică pe copil, sprijinindu-l la nivelul axilelor, pînă la scoaterea toracelui din apă. Cea de-a doua persoană toarnă apă la temperatura camerei (20—22°), pregătită în prealabil, în 2—3 jeturi scurte pe spate și piept.

Fața nu trebuie udată.

După terminarea procedurii copilul nu mai este introdus în apă caldă, ci este scos din cadă și uscat prin fricționare cu un prosop mai aspru.

Se execută numai la indicația medicului.

537. Împachetările răcoritoare generale au un efect calmant și de scădere a temperaturii. Sînt mai puțin brutale și cu efect mai sigur decît baia. Se folosesc în caz de febră ridicată care nu cedează la medicația antitermică obișnuită.

Pentru efectuarea unei împachetări sînt necesare: un cearșaf umed, un cearșaf uscat și o pătură, toate astfel dimensionate încît în lățime să învelească bine corpul și membrele inferioare ale copilului, iar în lungime să permită înfășurarea corpului de două ori.

Practic, peste o pătură de lînă întinsă pe un pat, se pune mai întîi cearșaful uscat, apoi cel de al doilea înmuiat în apă la temperatura camerei (20°) și stors foarte puțin. Cearșaful uscat trebuie să depășească pe cel umed cu un lat de palmă. Copilul complet dezbrăcat se culcă pe spate pe cearșafuri. Cearșaful umed se trece pe sub axilă în jurul trunchiului și membrelor inferioare, iar cearșaful uscat pe deasupra umerilor și peste brațele întinse de-a lungul corpului. Se învelește apoi bine copilul cu pătura de lînă. La sugari, chiar dacă extremitățile nu sînt reci, împachetarea cu cearșaful umed se face numai pînă deasupra genunchiului. Durata împachetării este de 5—10 minute și după caz se poate repeta, imediat sau la un interval de timp, la indicația medicului.

Împachetarea generală produce inițial o vasoconstricție trecătoare (cînd bolnavul are senzația de frig, poate deveni palid și este agitat) urmată de vasodilatație cu hiperemia tegumentelor și transpirație.

Cum efectul cel mai important al împachetării este scăderea febrei, în cazuri speciale se poate lăsa învelișul umed pînă la o oră sau, la indicația medicului, se poate schimba învelișul umed după 10—15 minute, pînă ce se obține o scădere a febrei cu 1—2°.

Mama va observa în tot timpul procedurii comportamentul copilului și va întrerupe împachetarea dacă apare neliniște, paloare, tremurături, rărirea sau diminuarea pulsului.

Împachetările generale sînt contraindicate la copiii febrili cu convulsii. După împachetare se șterge corpul, se fricționează, se îmbracă și se controlează temperatura.

Scanned with OKEN Scanner

538. Împachetarea toracică. Sînt necesare un prosop plușat sau, în lipsă, un scutec de flanelă, molton sau lînă și un scutec de pînză subțire, cu lățimea egală cu distanța axilă-ombilic. Este recomandabil ca ambele să fie prevăzute cu niște șnururi sau bretele care se trec peste umeri pentru a menține compresa.

Se așază mai întîi scutecul de molton, îndoit după dimensiunile dorite, iar deasupra se pune scutecul de pînză subțire înmuiat în apă la temperatura camerei. Marginea superioară a scutecului trebuie să vină în scobitura axilară. Copilul, dezbrăcat pînă la ombilic, se așază culcat pe spate deasupra celor două scutece și se înfășoară succesiv amîndouă, petrecîndu-se în jurul toracelui. Se va avea grijă ca scutecul de flanelă să acopere complet pînza umedă; capetele acestuia sau bretelele se prind cu un ac de siguranță. Dacă scutecul de molton este prevăzut cu șnururi, acestea se trec peste umeri și se leagă, apoi copilul se îmbracă cu cămășuța de noapte.

Această tehnică este simplă, se aplică foarte ușor, însă prezintă dezavantajul că nu acoperă umerii și dacă scutecele nu au șnururi alunecă ușor pe abdomen.

De aceea, se poate înlocui cu o împachetare „în cruce", cu ajutorul a două fîșii mai lungi de pînză și flanelă. Banda de pînză înmuiată în apă la temperatura camerei și stoarsă foarte puțin se rulează ca o fașă. Sora ține pînza rulată în mîna dreaptă și începe aplicarea ei din axila dreaptă, fixîndu-i capătul cu mîna stîngă. În continuare trece banda cu mîna dreaptă din axila dreaptă oblic peste fața anterioară a toracelui spre umărul stîng, apoi peste spatele bolnavului la axila dreaptă, iar de aici transversal se înfășoară toracele pe sub axila stîngă și apoi peste spate la umărul drept. Peste ea se aplică în același mod scutecul de molton uscat, iar capătul se fixează cu ace de siguranță.

Împachetarea toracică este indicată în stările febrile. Se menține 10—20 de minute, la nevoie pînă la 1—2 ore. La îndepărtare, compresa de pînză trebuie să fie călduță, dar să nu se mențină pînă la uscare. Se poate repeta de 2—3 ori pe zi, ținîndu-se aceleași precauții de îngrijire a pielii ca după împachetarea generală.

539. Compresele umede reci se aplică în regiunile care prezintă fenomene inflamatoare, în scop de a descongestiona, de a combate inflamația și de a calma durerile locale. Se folosesc în apendicite acute, reacții endo- și perivenoase după injecții intravenoase, injectite, adenite acute, contuzii etc.

În acest scop se folosește un scutec de pînză sau o bucată de tifon care se împăturește în mai multe straturi, se înmoaie în apă rece de robinet și se aplică pe regiunea respectivă. Întrucît copiii nu pot păstra tot timpul aceeași poziție și mai ales în caz de aplicații la nivelul membrelor, pentru a se evita deplasarea compresei sau umezirea așternutului, se aplică peste compresa umedă o bucată de material plastic de dimensiuni care să depășească compresa, iar pe deasupra se folosește un scutec uscat, cu care se leagă pentru a imobiliza compresa în poziția dorită.

Pentru a fi tot timpul reci, compresele umede se schimbă la 10—15 minute. Ele se spală, se dezinfectează și se schimbă de cel puțin două ori pe zi, fiind înlocuite cu altele curate. În cazul în care se folosesc pe regiuni acoperite cu secreții, compresele se schimbă de fiecare dată, mai ales la față. În același timp, învelișul impermeabil se curăță de murdării și se dezinfectează sau se schimbă.

Mama va examina regiunea pe care aplică compresa și, dacă există secreții, va șterge de fiecare dată tegumentele cu vată sau tifon. În aplicațiile prelungite și repetate se fac pauze de cîteva ore, lăsînd să se usuce tegumentele respective, pentru a evita macerarea lor. Se poate eventual aplica un unguent, în strat subțire.

540. Compresele umede calde au o acțiune antialgică (antidureroasă) și anti-

Scanned with OKEN Scanner

spastică. Se recomandă în colici abdominale, junghiuri toracice, faringite, bronșite, paralizii etc. Un scutec sau o cîrpă obișnuită se înmoaie în apă caldă sau fierbinte, se aplică stoarsă ușor și se învelește cu o foaie izolantă de material plastic. Totul se acoperă cu o țesătură din lînă sau de flanelă, care sînt rele conducătoare de căldură. Întrucît temperatura scade în 10—20 de minute, se poate aplica pe deasupra, concomitent, un termofor.

La indicația medicului, compresa înmuiată în apă caldă se stropește cu alcool și se aplică în zona indicată, păstrîndu-se pînă se usucă. Se poate repeta de mai multe ori pe zi.

541. Compresele calde la gît. Un prosop subțire sau o batistă (a cărei lățime să depășească circumferința gîtului) se înmoaie în apă caldă, se înfășoară în jurul gîtului și se acoperă cu o bucată de pînză ceva mai lată decît compresa umedă. Se leagă sau se prinde la spate cu ace de siguranță. Compresele stropite cu spirt sînt mai eficiente asupra inflamațiilor dureroase, dar la sugar există pericolul intoxicației prin vapori de alcool.

Compresele calde se pun la gît în caz de laringite acute sufocante (voce răgușită; tuse frecventă, lătrătoare; respirație zgomotoasă, greoaie) și au un efect uneori salutar.

Se mai folosesc în popor, împotriva „răcelii", comprese cu ulei cald sau cu petrol, care se aplică în jurul gîtului sau pe piept. Pielea delicată a sugarului nu le suportă, rezultă adesea eczeme, iar prin comprese calde cu ulei se poate ajunge la arsuri grave.

542. Cataplasmele cu muștar (sinapismele), mult folosite înainte de era antibioticelor pentru efectul revulsiv și iritant asupra pielii, mijloc de decongestionare a plămînilor în tratamentul pneumoniilor, își păstrează și astăzi interesul în anumite cazuri. Totuși, sinapismele au pierdut mult din importanța ce li se atribuia pe vremuri, dispărînd cu totul din multe servicii de pediatrie de la noi din țară și din străinătate. Efectele foarte variabile, solicitarea bruscă a funcției cardiorespiratorii, tulburările trofice și arsurile cutanate sînt cîteva din argumentele care au dus la evitarea utilizării acestui procedeu.

Materiale necesare: a) un cearșaf pe care se pune un scutec de molton triunghiular; b) pe acesta, la distanță de o palmă de marginea superioară se pune un scutec de flanelă sau dintr-un material mai dens, îndoit dreptunghiular, de lățimea unei comprese toracice; c) deasupra, un scutec de pînză subțire; d) 100—150 g făină de muștar; f) un vas în care se pregătesc ace sterile și tonicardiace uzuale; h) comprese de tifon, vată, tăviță renală; i) dacă nu este apă curentă, un lighean pentru spălarea mîinilor; j) rufăria pentru îmbrăcat copilul.

Tehnică: se pun doi pumni de făină de muștar (100 g) într-un vas cu apă călduță (40°), se amestecă bine pînă se formează o pastă groasă, din care se degajă vapori ce irită mucoasa nazală și oculară a mamei. Pasta de muștar se întinde pe mijlocul cîrpei pe o lungime egală cu perimetrul toracic al copilului (fără regiunea precordială) și pe o lățime egală cu înălțimea toracelui.

Cîrpa se împăturește în așa fel încît pasta să nu vină în contact direct cu pielea copilului. Acesta se aduce dezbrăcat la masa de înfășat și se așază cu spatele pe pasta pregătită, cu brațele ridicate. În axilele copilului și pe mameloane se pun comprese de tifon unse cu vaselină. Se înfășoară strîns în jurul toracelui, mai întîi cîrpa cu muștar, apoi în mod succesiv celelalte două scutece și se fixează cu ace de siguranță. Se aduc apoi brațele de-a lungul corpului și se strîng cu scutecul triunghiular de molton. Copilul se învelește apoi într-o pătură și se ia în brațe. Este bine să se

Scanned with OKEN Scanner

pună vată în jurul gîtului, pentru a evita acțiunea iritantă a uleiului de muștar volatilizat asupra mucoaselor nazale și oculare ale copilului. În continuare, copilul nu trebuie lăsat singur, ci este bine ca mama să se plimbe cu el în brațe, urmărindu-i fața și reacția tegumentară. De obicei, în 5—10 minute, pielea se înroșește. Dacă fața copilului devine palidă, lividă, se întrerupe imediat procedura, se anunță medicul și se administrează analeptice cardiorespiratorii (Nicetamid), la nevoie respirație artificială sau oxigen.

După îndepărtarea cataplasmei se șterge pielea și se unge cu vaselină. În cazul cînd cataplasma s-a aplicat direct pe piele, se îndepărtează rapid particelele de muștar cu apă caldă, se usucă pielea cu un prosop de baie, se pudrează cu talc, se îmbracă în lenjeria în prealabil încălzită.

Termoterapia

543. Măsurile simple de încălzire. Dintre acestea se folosesc la sugari sticle cu apă caldă, termofoare, perna electrică, iar în lipsa acesteia, cărămizi calde, săculețe cu nisip, sare, făină de porumb, încălzite în prealabil. Toate aceste surse de căldură uscată se folosesc înfășurate într-o pînză oarecare, spre a evita arsurile.

544. Sticla cu apă caldă. Folosirea ei se recomandă în timpul iernii, cînd sugarul stă timp mai îndelungat în aer liber. Se folosește și la nou-născut, la copiii debili sau bolnavi și mai ales în timpul transportării. Oferă posibilitatea cea mai simplă de a asigura copilului căldura uscată, constantă, de care are nevoie. Înainte de folosire trebuie verificat dacă sticla este bine astupată. Sticla se umple cu apă fierbinte (circa 60°), lăsîndu-se puțin loc pentru dilatarea aburilor. Foarte practică este sticla din cauciuc, care are avantajul că se mulează pe corp. În cazul folosirii ei, înainte de înșurubarea capacului trebuie scos aerul. Se va verifica dacă nu curge, prin întoarcerea cu capacul în jos și scuturare. Dacă sticla se așază lateral, gîtul ei (capacul) trebuie orientat înspre picioare, pentru ca sugarul să nu poată ajunge la el. Sticla cu apă caldă trebuie învelită (molton, prosop gros) la fiecare întrebuințare. Copilul trebuie supravegheat în permanență. Folosirea pernei electrice la sugari și copii mici nu este indicată.

545. Termofoarele de cauciuc sau metalice, umplute cu apă fierbinte la 50—60°, se supun acelorași reguli ca și sticlele cu apă caldă, impunînd aceleași precauții.

545 bis. Perna electrică se bazează pe principiul că prin învingerea unei rezistențe, energia electrică se transformă în energie calorică. Nu și-a găsit o largă utilizare în pediatrie, din cauza următoarelor riscuri: supradozare; supraîncălzirea copilului cu riscul de producere de arsuri; dacă se udă poate apărea un scurt circuit; copilul poate manevra dispozitivul de reglare a temperaturii, deoarece se găsește foarte aproape de pernă (Werner Catel), putînd astfel să-și provoace arsuri.

Tehnici de recoltare

546. Recoltarea urinii la sugar. În numeroase boli generale, dar în special cînd există suspiciunea de infecție urinară, de cistită sau pielită se impune un examen al urinii. Recoltarea urinii este legată de anumite dificultăți. De aceea se descriu mai multe metode.

La băieți, penisul poate fi introdus într-o eprubetă sterilă (fiartă în prealabil), care se prinde de tegumentele regiunii cu ajutorul unor benzi de leucoplast (fig. 95). Odată fixată eprubeta, mama poate aștepta în liniște micțiunea copilului, dar fără a pleca de lîngă el. În acest fel, urina este recoltată în mod sigur și fără a se infecta.

La fetițe, recoltarea urinii este mai dificilă. Numai excepțional se recurge la sondaj vezical (de către medic). Pentru a evita sondajul se folosește un balonaș de

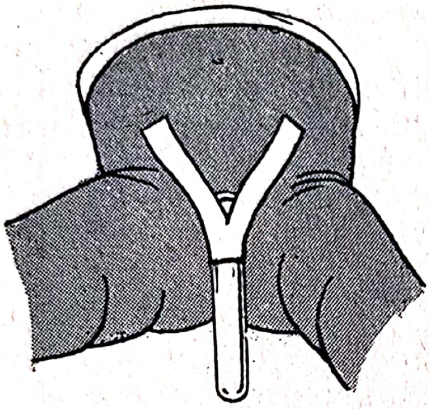


Fig. 95

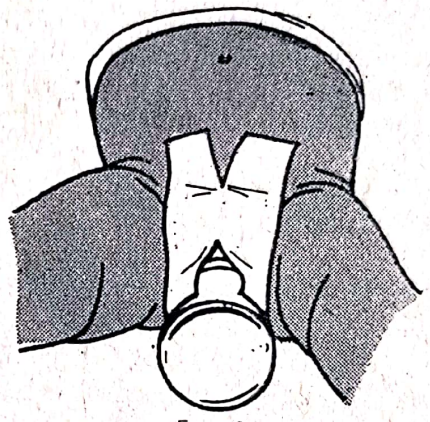


Fig. 96

Fig. 95. Recoltarea urinii la băieți.

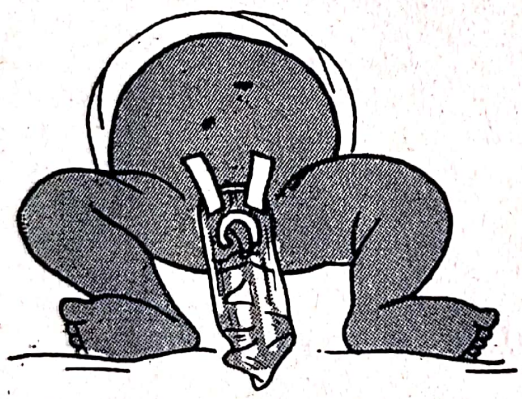


Fig. 97

Fig. 96. Recoltarea urinii la fetițe.

Fig. 97. Recoltarea urinii în pungă specială din material plastic.

sticlă cu gîtul mai larg (balon Erlenmeyer) (fig. 96); (la nevoie se poate folosi un flacon de pencilină, bine spălat și sterilizat în prealabil); membrele inferioare ale fetiței sînt fixate cu ajutorul unui scutec de marginile laterale ale pătuțului, pentru a rămîne îndepărtate. Balonul se fixează în așa fel încît să nu depărteze labiile mici. Urina mai poate fi recoltată, simplu, pe o mușama curată căreia i se dă forma unei cădițe, cu ajutorul unor scutece împăturite puse dedesubt; din acest „recipient", urina poate fi transvazată într-o eprubetă cu ajutorul unei linguriță.

Mai recent se fabrică pungi din plastic prevăzute cu un orificiu cu margine adeziva. La băieți, organele genitale se introduc în întregime (penis și scrot) în acest săculeț și marginea se lipește de tegumentele din jur. La fetițe, săculețul se fixează în jurul vulvei. Această metodă asigură recoltarea curată a urinii, fără nici un pericol de infectare din afară (fig. 97).

Pentru a face cît mai scurtă neplăcerea copilului de a suporta această procedură, se alege pentru recoltarea urinii o oră apropiată de unul din prînzuri, deoarece

Scanned with OKEN Scanner

experiența a arătat că înainte sau imediat după alimentație sugarul are o emisiune de urină.

Sugarul mai mare poate fi ținut deasupra oliței curate, dacă este deprins să urineze „la comandă".

După recoltare, urina trebuie transportată cît mai repede, pentru a nu fi supusă unor procese de degradare.

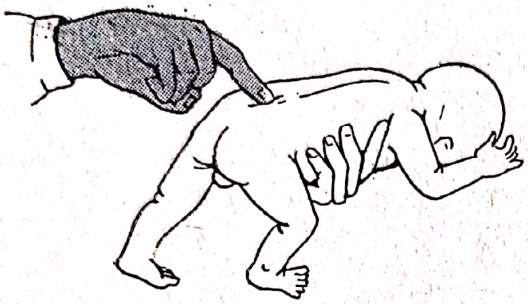


Fig. 98

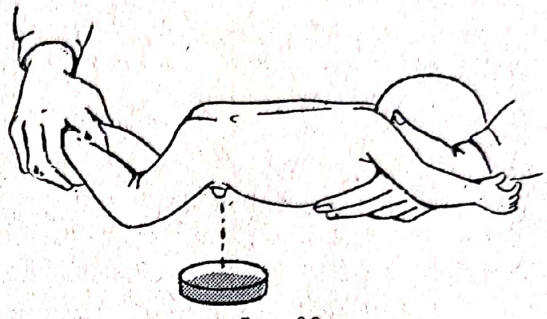


Fig. 99

Fig. 98 și 99. Micțiunea copilului poate fi grăbită printr-un stimul aplicat în regiunea sacrată (atingerea, mîngîierea cu degetul).

547. Coprocultura. *Materiale necesare*: a) cutie cu sonde Nélaton, pentru coprocultură (nr. 16—18), sterilizate la autoclav (sterilizarea să nu fie mai veche de 48 de ore) sau prin fierbere obișnuită, timp de $^1/_2$ oră, sterilizarea fiind valabilă 8 ore; b) săpun; c) o sursă de apă pentru spălat pe mîini; d) două eprubete sterile; e) ser fiziologic; f) o bucată de mușama sau de material plastic; g) un recipient cu soluție dezinfectantă (cloramină sau var cloros) sau cu soluție de detergenți („Alba" sau „Dero"); h) hîrtie și creion.

Tehnică. Pentru efectuarea unei coproculturi la sugar și copilul mic sînt necesare două persoane: mama care imobilizează copilul și asistenta de ocrotire care efectuează recoltarea. Sugarul este așezat și fixat de mamă, fie pe spate și ridicîndu-i-se membrele inferioare, fie culcat pe o parte, cu flectarea coapselor pe abdomen. După ce asistenta de ocrotire se spală bine cu săpun, în 2—3 ape, deschide capacul cutiei cu sonde, avînd grije să nu atingă cu degetele interiorul cutiei. Capacul se așază cu partea interioară în sus. Asistenta prinde o sondă cu mîna stîngă, aproximativ la locul ce marchează limita între treimea inferioară și cele două treimi superioare, iar cu mîna dreaptă îndepărtează tifonul fără să atingă sonda. După ce închide cutia, introduce sonda în orificiul anal al copilului, cu mișcări blînde de rotație, pe o distanță de 6—7 cm. Se fac cu sonda cîteva mișcări de dute-vino și apoi se extrage în afară. Mama scoate dopul eprubetei, fără a-i atinge marginile. Asistenta scufundă și agită vîrful sondei în lichidul conservant din eprubetă (ser. fiziologic pentru coproculturile obișnuite și soluție peptonată pentru vibrionul holeric).

După ce constată că prin agitarea sondei s-au detașat cîteva fragmente de materii fecale, asistenta retrage sonda printr-o mișcare rapidă, iar mama pune dopul la eprubetă.

Sonda folosită se scufundă în recipientul cu dezinfectant, (var cloros 5% sau cloramină 5%) unde se păstrează timp de 2 ore și apoi se spală bine cu apă caldă și detergenți, cu ajutorul unei seringi mari, cu care se introduce apa în interiorul sondei.

Scanned with OKEN Scanner

La sfîrșit, atît asistenta de ocrotire, cît și mama se spală bine pe mîini.

Greșeli posibile: a) asistenta nu se spală pe mîini înainte și după efectuarea probei; b) nu verifică banda de control, cu data și ora sterilizării; c) lucrează fără a fi ajutată de mamă; d) în timpul manipulării atinge cu mîna interiorul capacului, îl așază cu gura în jos, atinge sonda cu mîna sau pune sonda direct pe masă sau alt loc nesteril; e) nu introduce corect și suficient sonda în rectul copilului; f) după utilizarea sondei o aruncă sau o spală la chiuvetă; g) completează defectuos bonul de analiză (neciteț, cu omisiuni); h) efectuează coprocultura după ce s-a început tratamentul cu antibiotice sau dezinfectante intestinale; i) nu se ridică la timp rezultatul analizei.

Indicații : a) copiii cu sindroame diareice; b) contacții cu o diaree infecțioasă; c) sugarii care urmează să fie admiși într-o creșă; d) nou-născuții care provin dintr-o maternitate cu epidemie de diaree; e) mama și orice persoană din familie care au diaree; f) cadrele medicale și medii care suferă de diaree; g) sugarii convalescenți, externați din spital după o diaree infecțioasă.

548. Examenul bacteriologic al exsudatului faringian. Se recoltează dimineața, înainte de a se începe administrarea de antibiotice și, dacă este posibil, pe nemîncate. Nu se vor pune soluții dezinfectante în nas, înainte de recoltare.

Materiale necesare: 1) o eprubetă cu un tampon de vată, sterilizate la un laborator; 2) apăsător de limbă. Recoltarea va fi făcută numai de asistenta de ocrotire, de o laborantă sau de către sora de la cabinetul de consultații pentru copii, nici odată de către mamă.

Mama se așază pe un scaun, ținînd sugarul în brațe, cu spatele spre ea; cu o mînă îi fixează brațele, iar cu cealaltă îi fixează capul, în extensie (răsturnat pe spate). Fața copilului este orientată spre o sursă de lumină (fereastră, bec aprins). Asistenta deschide gura sugarului cu ajutorul unui apăsător de limbă sterilizat, apoi execută cu tamponul o mișcare rapidă, ca de badijonare, peste luetă, în faringe, pe peretele posterior și cît mai jos. Tamponul se reintroduce în eprubetă și se trimite de urgență la laborator. Dacă nu este posibilă expedierea imediată a produsului, recoltarea se va face într-o eprubetă cu puțin ser fiziologic, deoarece uscarea tamponului duce la distrugerea germenilor.

Greșeli posibile: a) recoltarea se face de pe bolta palatină sau de pe baza limbii (salivă); b) imobilizarea copilului nu este asigurată; mișcarea acestuia are ca rezultat rănirea cavității faringiene, iar prelevarea nu se face din faringe; c) infectarea tamponului în timpul manipulării; d) însămînțarea mediilor de cultură cu germenii exsudatului se face tardiv; e) recoltarea se face după ce s-a început tratamentul general (antibiotice) sau local (instilații nazale, spălături bucale).

Tehnici terapeutice

549. Instilațiile auriculare. Materiale necesare: medicamentul încălzit la temperatura corpului; pipetă; vată; 1-2 bucăți de tifon.

Copilul se așază pe partea sănătoasă, se trage pavilionul urechii ușor în sus și înapoi, apoi, cu ajutorul pipetei, se picură medicamentul în conductul extern (fig. 100). Sugarul este ținut 2-3 minute în această poziție, pentru ca substanța (ulei călduț, ser fiziologic, infuzie de mușețel etc.) să pătrundă pînă la timpan. La sfîrșit se introduce un mic tampon de vată, care se lasă pe loc.

Scanned with OKEN Scanner

550. Spălătura auriculară se face la indicația medicului.

Materiale necesare: 1) lichid de spălătură (infuzie de mușețel, apă oxigenată sau soluție de Rivanol $1^0/_{00}$; 2) o pipetă; 3) o tăviță renală, pentru colectarea lichidului de spălătură; 4) o bucată de pînză cauciucată sau de material plastic, pentru acoperirea umărului; 5) un vas cu tampoane sterile de vată.

Tehnică. Sugarul este imobilizat într-o pătură, cu care este înfășurat, brațele fiindu-i fixate de-a lungul corpului; deasupra coatelor, pătura va fi legată strîns cu un scutec răsucit. Sînt necesare două persoane, dintre care una ține sugarul, iar cealaltă efectuează spălătura. Sugarul este așezat pe partea sănătoasă. Pe umărul de partea urechii bolnave se întinde pînza cauciucată și un scutec, pentru a evita umezirea îmbrăcămintei sugarului cu lichidul de spălătură. Tăvița renală se ține sub urechea care urmează să fie spălată. Persoana care efectuează spălătura trage cu mîna stîngă ușor, în sus și în afară, pavilionul urechii, iar cu cealaltă mînă pune, cu ajutorul unei pipete, lichidul de spălătură pînă cînd nivelul de lichid devine vizibil în conductul extern. Se execută ușoare mișcări de tracțiune a pavilionului și de masaj preauricular și în spatele lobulului urechii, pînă cînd lichidul de spălătură devine tulbure. Lichidul din ureche se absoarbe cu tampoane de vată și se repetă operația pînă ce soluția instilată rămîne curată după barbotaj. La sfîrșit, conductul auditiv extern, pavilionul urechii și pielea din jur se șterg cu tampoane de vată. În conductul extern se introduce un tampon sub forma de bețișor, suficient de lax confecționat pentru a lăsa puroiul să dreneze, și suficient de lung, pentru a putea fi scos cu ușurință. Numărul de spălături va fi fixat de către medic.

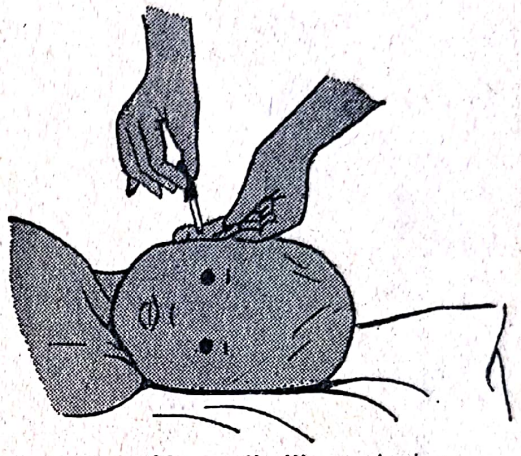


Fig. 100. Instilațiile auriculare.

551. Instilațiile nazale. La sugar se folosesc numai soluții apoase; emulsiile preparate pe bază de grăsimi sînt contraindicate întrucît pot produce pneumonii prin aspirație de substanțe uleioase. Produsele care conțin mentol, eter, camfor (balsamuri, în general) sînt de asemenea contraindicate la sugar și copilul mic. Soluțiile apoase pe bază de efedrină și derivații acesteia (Rinofug) se administrează numai la indicația medicului și cu prudență (pericol de intoxicație).

De obicei se folosesc soluții care curăță, dezinfectează și/sau descongestionează mucoasa foselor nazale. Din proprie inițiativă mama poate apela la soluția de ser fiziologic sau infuzia de mușețel. Dintre dezinfectante, soluția de colargol 1% este preferată încă de medici. Soluțiile cu antibiotice sînt prohibite, pe drept cuvînt, de pediatri, infecționiști și specialiștii O.R.L. cu experiență.

Oricum, administrarea de dezinfectante sau alte soluții medicamentoase se va face numai la recomandarea medicului și pe o durată scurtă (4-6 zile).

Se vor pune cu pipeta cîte 1-2 picături (nu mai mult!) de soluție în fiecare orificiu nazal, de mai multe ori pe zi. Copilul este așezat pe spate, cu capul dat pe spate (fig. 101), pentru ca orificiile nazale să fie într-o poziție verticală față de planul orizontal al patului.

Scanned with OKEN Scanner

Soluțiile care se aplică sub formă de „Spray" sau de aerosoli se întrebuințează la copil după indicația medicului.

552. Curățirea nasului se recomanda, mai înainte, să se facă zilnic. S-a constatat însă că introducerea de tampoane (de vată sau de tifon) răsucite cu degete insuficient spălate constitue un mijloc frecvent de a infecta copilul.

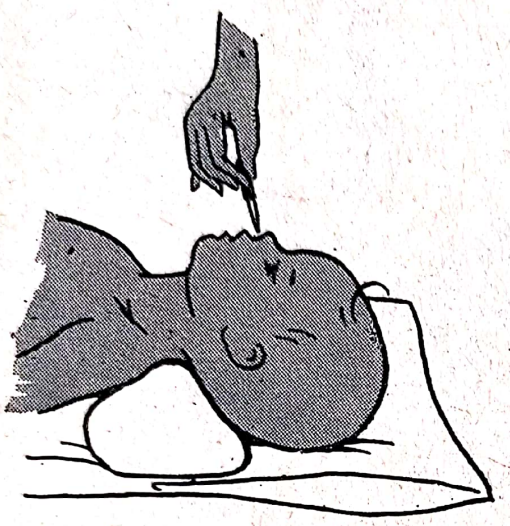


Fig. 101. Instilațiile nazale.

De aceea, în ultimul timp, curățirea nasului se face numai în caz de nevoie, cînd copilul prezintă secreții vîscoase sau cruste aderente, care împiedică respirația nazală. Tampoanele se vor răsuci corect, după ce asistenta de ocrotire sau mama se va spăla bine pe mîini. Ideale ar fi niște bastonașe de vată, care să fie gata confecționate și sterilizate. La fiecare orificiu nazal se folosesc tampoane separate. Aspirarea secrețiilor cu o pipetă mai mare sau cu o pompiță specială constituie o metodă ideală.

Reacțiile de apărare, spaima și durerea acuzate de copil în timpul manevrelor ce se fac la curățirea și instilarea de picături în nas, sînt un motiv în plus ca aceste metode de îngrijire să fie pe cît posibil evitate.

553. Spălătura oculară. Se deosebesc: o spălătură oculară simplă, superficială (a marginilor pleoapelor), și o spălătură largă, cu o cantitate mare de lichid, în vederea îndepărtării unor cruste sau fiocoane mari de puroi.

a) *Spălătura oculară simplă* are drept scop curățirea ochilor de secreții catarale sau purulente. La început se îndepărtează cu atenție secrețiile depuse la marginile pleoapelor sau în unghiurile ochilor, cu o compresă de tifon sau cu un tampon de vată uscat, pornind de la unghiul *extern* al ochiului spre unghiul *intern*. Apoi se îndepărtează pleoapele cu ajutorul degetelor mare și arătător ale mîinii stîngi, în timp ce cu mîna dreaptă se trece cu blîndețe, în același sens, peste globul ocular, o compresă înmuiată în infuzie de mușețel sau acid boric și stoarsă. Compresele se schimbă pentru fiecare ochi.

Atît la spălături cît și la instilații este necesară o persoană ajutătoare, care imobilizează capul copilului.

b) *Spălătura oculară largă*. Se practică în cazul cînd este necesară îndepărtarea unor cantități mari de secreții, precedînd instilațiile oculare. Se efectuează numai la indicația medicului.

Tehnica: se pregătesc următoarele materiale necesare:

— lichidul pentru spălătură (infuzie de mușețel, acid boric, soluție clorurosodică izotonică, după indicația medicului), încălzit la temperatura corpului;
— un vas din care se evacuează lichidul de spălătură în jet mic;
— tăvița renală sau un alt vas în care se scurge lichidul după spălătură;
— tampoane de vată și comprese din tifon (sterile);

— o mușama și cîteva scutece curate sau un prosop.

Copilul este culcat pe masă în așa fel încît ochiul care urmează să fie spălat să fie spre masă, iar lichidul de spălătură să se poată scurge în tăvița renală așezată sub acel ochi. Pleoapele se îndepărtează ușor, în modul arătat la spălătura oculară simplă, apoi, de la o înălțime de aproximativ 5 cm se toarnă în jet subțire lichidul de spălătură, a cărui temperatură s-a controlat în prealabil. Se urmărește ca lichidul să cadă în unghiul intern al ochiului, să se împrăștie pe suprafața globului ocular și să îndepărteze toate secrețiile sau eventualii corpi străini. La sfîrșit se usucă pleoapele, cu vată sau comprese uscate, prin mișcări de la unghiul extern către cel intern.

Fig. 102. Instilațiile oculare.

554. Instilațiile oculare. Au drept scop aplicarea unor substanțe medicamentoase, pentru tratarea unor procese patologice ale conjunctivelor (inflamații).

Tehnica: cu degetul mare al mîinii stîngi se trage în jos pleoapa inferioară, pînă se formează o mică „pungă" în care se instilează, cu ajutorul unei pipete, cîte 1-2 picături în fiecare parte, substanța medicamentoasă încălzită la temperatura corpului (fig. 102).

În ceea ce privește sugarul, se recomandă practicarea instilațiilor oculare după alimentație, cînd este mai liniștit.

Scanned with OKEN Scanner

Îmbolnăviri

Elemente de pediatrie socială*

Măsuri generale de profilaxie

555. Prin **profilaxie** se înțelege ansamblul de măsuri destinate să împiedice apariția sau propagarea uneia sau mai multor boli.

Medicina modernă își fixează din ce în ce mai mult ca scop nu numai să vindece tulburări apărute, ci să prevină apariția lor prin aplicarea unor măsuri raționale.

Profilaxia la sugar constă din efortul:

— de a preveni *apariția* unei îmbolnăviri, de exemplu profilaxia rahitismului, vaccinările;

— de *a recunoaște cît mai precoce* cu putință o îmbolnăvire, de exemplu: depistarea luxației congenitale de șold sau a altei boli moștenite (fenilcetonurie etc.);

— de a preveni apariția complicațiilor unor boli *cronice instalate, incurabile* (diabetul, mongolismul), sau a unor îmbolnăviri acute ce se pot complica dacă nu sînt tratate la timp și corect (scarlatina, rujeola etc.). Aceste posibilități sînt prevăzute într-un plan cuprinzător, vizînd toate grupele de vîrstă. Pentru aplicarea programului, statul nostru a creat o bază materială cu un buget generos și, în același timp, o rețea medico-sanitară corespunzătoare. *Succesul depinde atît de devotamentul și capacitatea cadrelor sanitare, cît și de colaborarea familiei.*

În efectuarea tuturor măsurilor de profilaxie a îmbolnăvirilor sugarului, *mama participă zilnic prin felul cum se achită de datoria de mamă, prin întreaga viață personală, prin atitudinea pe care o are față de legile țării și, în sfîrșit, prin modul cum înțelege să primească sfaturile și îndemnurile medicilor și asistentelor (de ocrotire, de la cabinetele de consultații, din maternitate, din spitale).*

---

* Se adresează medicilor de circumscripție, studenților, asistentelor de ocrotire, asistenților igienișți, surorilor de cabinet de la circumscripțiile de pediatrie.

Scanned with OKEN Scanner

Așa cum s-a văzut încă din primul capitol al volumului de față, profilaxia îmbolnăvirilor copilului începe dinainte de nașterea acestuia. Nu vom mai reveni asupra acestor aspecte, ci ne vom referi numai la perioada de după naștere.

556. Consultațiile profilactice, subapreciate de unele mame pe motivul că sugarii lor nu manifestă nimic patologic, au drept scop urmărirea sănătății și sfătuirea mamelor începătoare, neștiutoare sau nesigure. În capitolul al II-lea am arătat importanța acestor consultații, iar la începutul capitolului al III-lea s-au indicat criteriile de apreciere ale sănătății și creșterii sugarului.

O foarte mare importanță revine *alimentației corecte*, cu lapte, legume, fructe, vitamine, ca și *profilaxiei* rahitismului.

557. Supravegherea nou-născuților periclitați biologic. Unii copii atrag atenția *încă de la naștere* și necesită observarea și urmărirea atentă (copii „periclitați"; copii „handicapați"). Între aceștia se încadrează totdeauna nou-născuți cu scorul Apgar sub 7.

În continuare sînt menționați copiii care trebuie considerați „periclitați" și pe care medicul și asistenta de ocrotire, în colaborare cu familia, îi vor urmări în mod special; ei formează un prim grup din categoria copiilor care în limbajul curent al circumscripțiilor teritoriale sînt menționați ca fiind „în evidență specială".

1. *Nou-născuți cu icter precoce, intens și prelungit* (bilirubina în ser a fost, în primele 24 de ore, peste 18 mg%), prin incompatibilitate Rh, ABO sau de alți factori mai rari.
2. *Nou-născuții cu asfixie la naștere* (sau născuți cianozați; nu au țipat imediat după naștere; reflexele de supt și de înghițit au apărut mai tîrziu; au prezentat semne de acidoză, tendință la hemoragii).
3. *Nou-născuți din mame diabetice* (prezentînd la naștere: hipoglicemie, hipocalcemie, hiperbilirubinemie, edeme, acidoză, membrană hialină, tendință la hemoragie).
4. *Nou-născuți din mame cu toxicoză gravidică* (distrofie prenatală, hipoglicemie, acidoză metabolică, hemoragii).
5. *Nou-născuți cu semne de disfuncție placentară* (exicoză, acidoză, tendință la hemoragii, leziuni cerebrale).
6. *Nou-născuți din prezentație pelvină* (leziuni cerebrale, displazii ale articulației șoldului, hematom al mușchiului sternocleidomastoidian).
7. *Gemenii, în special al II-lea născut* (hipoxie, leziuni cerebrale, membrană hialină; atenție, ulterior, la instalarea precoce a anemiei hipocrome și a rahitismului!).
8. *Prematurii de gradul al II-lea și al III-lea.*
9. *Copiii din operații cezariene.*
10. *Copiii din familii cu boli moștenite* sau prezentînd ei înșiși astfel de boli (boala Down, boala Föhling, sifilis).

558. În grupul nou-născuților handicapați-social trebuie cuprinși: a) *copiii nedoriți*; b) *copiii din familii dezorganizate;* c) *copiii din mame minore;* d) *copiii ai căror părinți sînt fără ocupație;* e) *copiii cu familii în care a existat sau există tuberculoză.*

559. La grupele de copii mai mari, **sfera preocupărilor profilactice se mărește mereu.** Măsurile devin mai cuprinzătoare și mai diferențiate. O dată cu lărgirea naturală a spațiului în care se desfășoară viața copilului în creștere, se mărește numărul primejdiilor la care este expus și se amplifică problemele pentru mulți părinți.

Scanned with OKEN Scanner

Asistenta de ocrotire va întocmi și urmări planul de vaccinări al fiecărui copil, separînd pe cei cu malformații congenitale sau cu alte boli și înscriindu-i pe „liste de contraindicații" sau de „așteptare", pentru a fi vaccinați în momentul cel mai favorabil.

Sugarii cu deficiențe fizice și intelectuale vor fi îndrumați la cabinetele de specialitate (ortopedie, cardiologie, neuropsihiatrie infantilă).

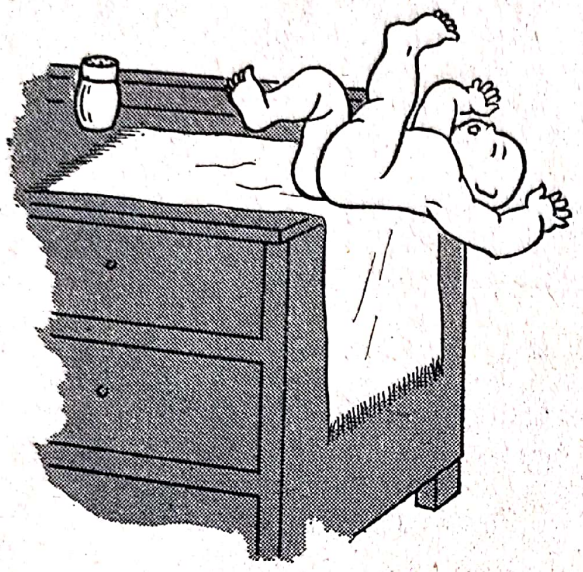


Fig. 103. Sugarul lăsat nesupravegheat poate cădea de pe masa de înfășat.

Distroficii, rahiticii, convalescenții externați din spitale vor fi trecuți în evidență specială pînă la vindecarea definitivă.

560. Prevenirea accidentelor și intoxicațiilor, în condițiile vieții moderne, trebuie să fie permanentă în mintea mamelor și a întregii familii. Asistenta de ocrotire va aminti de fiecare dată pericolele la care este expus sugarul. Se va insista asupra păstrării și folosirii atente a substanțelor cu potențial toxic și a medicamentelor.

561. Evitarea greșelilor de îngrijire prin neglijență.

Vom enumera aici pe cele întîlnite mai des:

— îngrijirea necorespunzătoare a pielii (baia nu se face zilnic sau se face incorect, opărirea copilului);

— greșeli de tehnică a alimentației (vase și biberoane nespălate, lipsă de răbdare, eructație insuficientă, alimentație calitativ necorespunzătoare, mîncare prea caldă sau prea rece);

— administrarea greșită de medicamente (sticle cu medicamente ce se administrează numai extern, care sînt așezate lîngă flacoane cu medicamente de uz intern și pe care mama, în grabă, le poate folosi invers; supradozare, subdozarea sau administrare după alt orar decît cel indicat de medic);

— supraîncălzirea copilului prin înfășat sau învelire excesivă, ca și răcirea prin îmbrăcare insuficientă;

— arsuri cu sticle prea calde.

562. Dintre **primejdiile la care este expus sugarul prin lipsă de atenție** menționăm:

— sugarii mari, vînjoși, nu sînt ținuți bine, mai ales la scoaterea lor din baie, cînd sînt uzi;

— sugarul este lăsat singur pe masa de înfășat, în timp ce mama aduce un obiect sau vorbește cu cineva (fig. 103);

— mama ține copilul pe masă sau în pătuțul deschis (cu grilajul scoborît), cu o singură mînă, în timp ce cu cealaltă caută un obiect;

— sugarul este ținut prea mult la soare sau învelit în materiale impermeabile;

— se folosesc sticle cu apă caldă, cu dopuri ce nu astupă ermetic;

— se uită patul sugarului deschis sau dispozitivul de închidere incomplet închis;

Scanned with OKEN Scanner

— sugarii mai mari (peste 4 luni) sînt puși în coșuri sau în pătuțuri cu pereți prea mici (pericol de cădere);

— se pun perne din puf în patul sugarului (pericol de asfixie);

— pereții paturilor au distanțe prea mari între gratii (pericol de strangulare) sau plasele de sîrmă sînt rupte (pericol de înțepare);

Fig. 104. Pericol de asfixie cu jucării sau obiecte de dimensiuni prea mici.

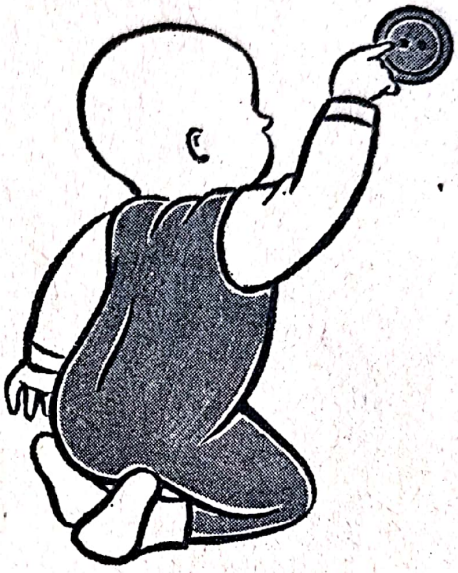


Fig. 105. Prizele electrice accesibile copilului sînt periculoase.

— se lasă la îndemîna copiilor jucării cu colțuri sau muchii ascuțite (tablă), cuțite, ace sau jucării de dimensiuni atît de mici încît le pot băga în gură și le pot înghiți sau aspira (bile de sticlă sau material plastic, pietricele, mărgele, bijuterii, nasturi, bomboane) (fig. 104);

— într-o jucărie sînt incluse particule mici (sunătoare) care pot fi aspirate după spargerea conținătorului;

— copiii se joacă cu cutii de pudră sau de talc (aspiră pudră la deschiderea cutiei); s-au descris cazuri de moarte subită prin aspirația de talc;

— copilul se joacă cu pungi de material plastic (se pot asfixia trăgînd punga peste cap);

— există prize electrice accesibile sugarului care merge de-a bușilea (se vor pune dispozitive de siguranță) (vezi fig. 105);

— se păstrează medicamente în alte ambalaje decît cele originale (pericol de confundare);

— nu se respectă termenul de expirare al medicamentului sau temperatura de păstrare;

— substanțele dezinfectante sau de uz casnic nu sînt păstrate în ambalajele originale;

— se lasă în camera copilului, la îndemîna lui, sticla cu alcool, cu petrol, cu insecticide, cu sodă caustică, cu substanțe cosmetice, deodorante etc.;

— se lasă la îndemîna copilului recipiente cu lichide fierbinți (fig. 106);

Scanned with OKEN Scanner

— *se aplică comprese cu alcool, violet de gențiana sau acid boric pe suprafețe corporale întinse (pericol de resorbție și intoxicație);*

563. Dintre practicile mai frecvent întîlnite, care sînt inutile sau chiar nocive pentru sugar, se pot cita:

— *se începe prea tîrziu profilaxia rahitismului* (după 2 luni), se face neregulat și adesea în doze unice prea mari (injecții de 400 000—600 000 U.I. pot duce la fenomene de intoxicație);

— *se supraîncălzește în cursul iernii camera sugarului (peste 24°);*

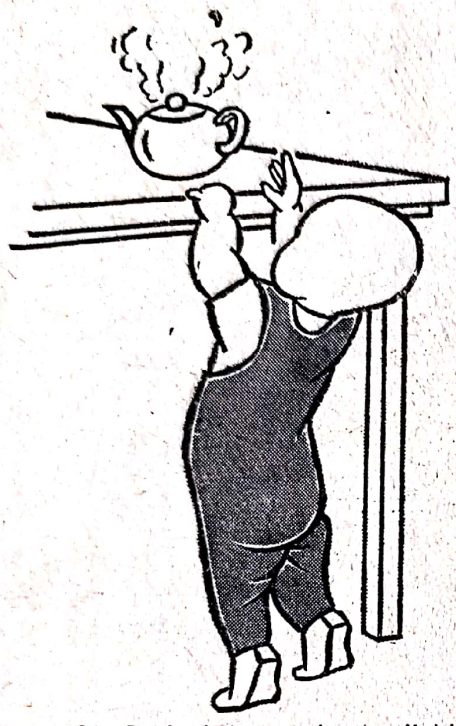


Fig. 106. Pericol de opărire cu lichide fierbinți.

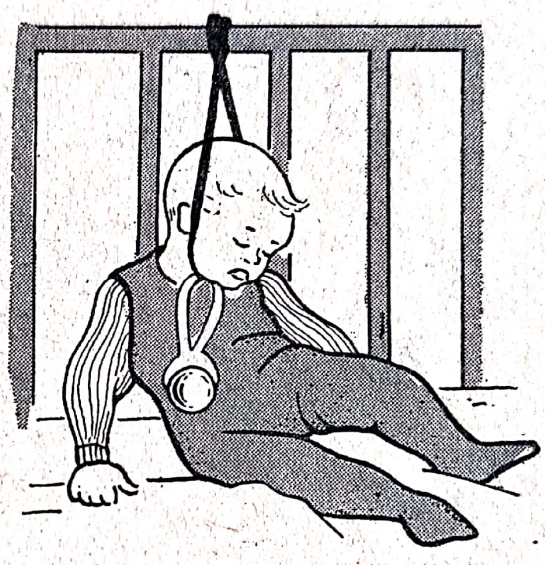


Fig. 107. Strangulare cu șiretul de care este legată jucăria.

— *se „plimbă" copilul prin locuri aglomerate (mijloace comune de transport, magazine, piețe);*

— *se scobește copilul în nas sau urechi cu obiecte ascuțite* (scobitori, chibrituri etc.);

— *se taie frîul limbii, pentru a-l face să vorbească mai repede;*

— *se administrează din proprie inițiativă antibiotice ori de cîte ori sugaru devine febril;*

— *se folosesc unguente, soluții și pudre dezinfectante fără indicația medicului;*

— *lipsa de interes a tatălui pentru problemele legate de îngrijire și educație, în perioada de sugar;*

— *călătorii lungi, în alte localități, înainte de 4 luni;*

— *refuzul de a vaccina copilul;*

— *refuzul de a tăia unghiile copilului;*

— *schimbarea medicului curant al sugarului și apelarea la mai multe consultări în aceeași zi;*

— *forțarea copilului să mănînce cantitativ și calitativ potrivit unor scheme rigide;*

— *angajarea unei persoane pentru îngrijirea sugarului fără a fi identificată și fără control medical;*

Scanned with OKEN Scanner

— *instilarea în nasul copilului de substanțe dezinfectante timp îndelungat sau de preparate care sînt nocive pentru sugar (Rinofug, medicamente uleioase etc.);*
— *imobilizarea copilului în pat cu hamuri* (pericol de strangulare);
— *fixarea jucăriilor de pat cu panglici sau sfori* (pericol de strangulare);

Profilaxia bolilor infecțioase

564. Se spune că **„este mai ușor să previi decît să vindeci"**; de aceea contaminarea cu o boală infecțioasă trebuie, pe cît posibil, evitată.

Organismul sugarului este mai puțin apt decît cel al adultului, pentru a se apăra de invazia de germeni infecțioși și a stăvili propagarea acestora. Pielea și mucoasele sînt delicate, sistemul său de apărare nu este pus la punct.

Din fericire, el moștenește de la mamă unele substanțe protectoare (anticorpi) care-l pun la adăpost față de unele infecții primejdioase. În trecut s-a supraevaluat zestrea de anticorpi materni transmiși transplacentar. În general, nou-născutul este imunizat suficient numai împotriva următoarelor boli virale: *rujeola* (pojarul), *rubeola* (pojărelul), *poliomielita* (paralizia infantilă) și *parotidita epidemică* (oreionul). Anatoxina diftерică și cea tetanică, deși trec ușor prin placentă, se găsesc într-o cantitate insuficientă pentru o apărare eficientă.

Nou-născutul nu este deloc apărat („imunizarea absentă") împotriva următoarelor infecții: tuberculoza, dizenteria, febra tifoidă și gripa, deși anticorpii trec parțial prin placentă.

Dar și protecția naturală, moștenită, se pierde în cursul primelor 4—6 luni, așa că sugarul nu mai poate conta, ulterior, decît pe resursele proprii. Acestea sînt foarte slabe, și toate *bolile infecțioase sînt mult mai grave la sugar, comparativ cu copilul mare și adultul. Este cazul, mai ales, pentru tuberculoză, tuse convulsivă, rujeolă.*

Pentru a preveni bolile infecțioase se folosesc două metode: pe de o parte, se va evita infectarea sugarului, iar pe de altă parte, se vor mări forțele defensive împotriva infecției. O parte din bolile infecțioase se transmit direct de la persoane bolnave (rujeola, rubeola, guturaiul, tuberculoza); alte boli (scarlatina, difteria, paralizia infantilă etc.) se transmit atît prin indivizii bolnavi cît și prin indivizi aparent sănătoși; aceștia pot fi *„purtători de germeni"* și pot transmite o boală copilului, prin aerul expirat sau prin tuse. De aceea, *cel mai bun mijloc de a preveni orice boală infecțioasă este de a reduce la minimum contactele între sugar și alte persoane, mai ales în perioade de epidemie.* Nu se va permite nici unui străin să se apropie de copil; trebuie evitat îndeosebi contactul cu copiii mai mari, aceștia fiind cei care transmit bolile infecțioase ale copilăriei. Nu se va permite nimănui să atingă sau să mîngîie sugarul; chiar și ceilalți membrii ai familiei (tata, bunicii, frații mai mari) vor fi reținuți din acest punct de vedere. Nu trebuie, în nici un caz, să se sărute un copil pe gură sau pe mîini.

Agresiunea bacteriană din mediul extern, asupra sugarului, provine din următoarele surse: „colegii" din salonul de nou-născuți, mama, infirmierele, asistenta de ocrotire, medicul, tatăl, bunicii, frații și toți vizitatorii familiei.

Răspîndirea germenilor se face prin: mîini, scutece, salivă, obiecte de îngrijire, alimente și aer.

Scanned with OKEN Scanner

Forțele de apărare ale organismului se întăresc printr-o alimentație rațională (laptele de mamă și adaosurile de alimente bogate în vitamine) și o îngrijire corectă. Viața în aer liber călește sugarul; mucoasele sale devin mai puțin permeabile la germeni infecțioși.

565. Prevenirea infecțiilor aparatului respirator. În acest grup sînt cuprinse: guturaiul, faringita, laringita, otita, pneumoniile etc. Sînt boli frecvente, care implică, pentru mamă, zile pline de îngrijorare.

În mod curent, se vorbește de „răceală". Este sigur că o „răceală" datorită, de exemplu, faptului că sugarul a fost insuficient îmbrăcat sau pentru că a fost îmbăiat într-o cameră prea rece, poate accelera declararea unei îmbolnăviri. Copilul nu se îmbolnăvește însă decît dacă germenii au invadat în prealabil organismul; germenii respectivi provin aproape totdeauna de la un adult, de la un frate sau o soră, care sufereau de un guturai sau de o angină și care s-au apropiat de sugar sau l-au atins. Cea mai mare parte a adulților desconsideră primejdia la care expun copilul prin propriul lor guturai; ei nesocotesc faptul că infectarea unui copil cu germenii unui guturai banal poate avea urmări nefaste. Dacă însăși mama are un guturai, și dacă este nevoită totuși să continue să se ocupe de sugar, contactul și pericolul infecției sînt inevitabile. Ea va încerca totuși să ia unele măsuri de securitate, pentru a nu transmite boala copilului. Nu-l va atinge decît cînd este absolut necesar și nu o va face decît după ce s-a spălat pe mîini. Cînd se apropie de copil va purta o mască (sau cel puțin o batistă mai mare) care să-i acopere fața și nasul (vezi punctul 730).

566. Tuberculoza sugarului este totdeauna o boală gravă. Infectarea sa se face, în general, direct, de la un bolnav de tuberculoză pulmonară; infecțiile transmise prin injecții, obiecte murdare, lapte nefiert, smîntînă sau unt sînt excepționale.

În orice familie în care se naște un copil, persoanele care au avut în trecut o tuberculoză vor merge din nou la Dispensarul antituberculos teritorial, pentru un control riguros. O singură vizită a unei persoane cu tuberculoză evolutivă în camera unui sugar poate determina infectarea acestuia.

În familiile în care există cazuri de tuberculoză evolutivă se vor lua măsurile corespunzătoare, de către Dispensarul antituberculos în colaborare cu asistenta de ocrotire, înainte de externarea copilului din Maternitate.

Vezi punctele 596—602 și 607—611.

567. Rujeola (vezi punctul 767).

568. Tusea convulsivă este pentru sugar o boală gravă, care rareori se vindecă fără complicații. Este o boală cu mare contagiozitate, copilul putînd fi infectat din momentul nașterii. Posibilitățile de contaminare încep încă dintr-un stadiu precoce al bolii (stadiul cataral), care nu este caracteristic din punct de vedere al manifestărilor (la 8—10 zile după contaminare). Contagiozitatea durează 4—8 săptămîni. Transmiterea se face direct de la copilul bolnav la cel sănătos, pe cale aeriană, prin picături ce se pot proiecta de la bolnavul care tușește pînă la o distanță de 1,5 metri. Nu se transmite prin altă persoană sau prin obiecte. Abia la 8 săptămîni de la îmbolnăvire, copilul poate fi dus la creșă, dacă face parte dintr-o astfel de colectivitate. Nu este necesară dezinfecția la sfîrșitul bolii. Aerisirea cu ferestrele larg deschise este suficientă.

Scanned with OKEN Scanner

De subliniat că și adulții se pot îmbolnăvi de tuse convulsivă; uneori, ei prezintă forme atît de puțin tipice, încît boala nu este diagnosticată ca atare, fapt care are ca urmare contaminări involuntare.

Vaccinul antipertussis previne sau cel puțin atenuează boala (vezi punctele 587—590).

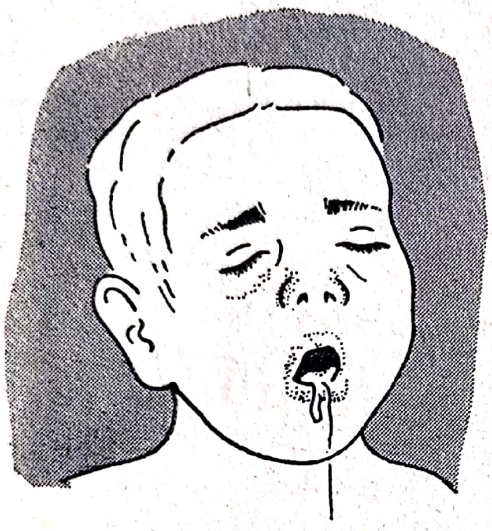


Fig. 108. Copil cu acces de tuse convulsivă.

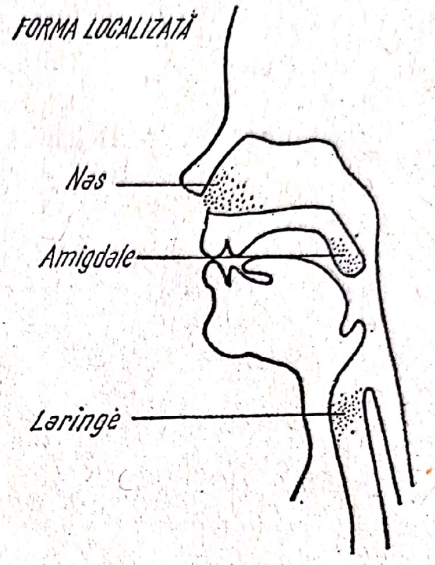


Fig. 109. Forme localizate de difterie.

Cazurile de tuse convulsivă se declară la Inspectoratul Sanitar de Stat. Formele necomplicate se tratează la domiciliu.

Rubeola (vezi punctul 768).

569. Scarlatina este foarte rară la sugar; este în general benignă și evoluează fără complicații. Contaminarea se poate face din prima zi de boală. Transmiterea se face de cele mai multe ori prin contact direct cu bolnavul (picături fine infectante), dar se poate face și prin intermediul altor persoane sau prin obiecte pe care le-a atins bolnavul (jucării, prosoape); de aceea, se impune izolarea totală a bolnavilor, dezinfectarea jucăriilor și a obiectelor de care s-au folosit. La sfîrșit, este necesar să se dezinfecteze camera bolnavului.

Se va face examenul bacteriologic al exsudatului faringian al tuturor contacților cu bolnavul. Conform legislației actuale, atît bolnavii cît și purtătorii sănătoși trebuie izolați și tratați în Secțiile de boli infectocontagioase.

569 bis. Difteria a devenit o boală foarte rară. Poate surveni chiar la nou-născuți, la care îmbracă mai ales forma nazală.

La noi, datorită practicării obligatorii a vaccinării antidifterice, nu s-au mai citat în ultimele decenii cazuri de difterie.

Măsurile de profilaxie se aseamănă cu cele de la scarlatină.

Varicela (vezi punctul 769).

570. Parotidita epidemică (oreionul) se transmite prin contact direct. Contagiozitatea este relativă; la sugar se întîlnește rar și numai după vîrsta de 6 luni.

Nu se transmite prin altă persoană sau prin obiecte.

Scanned with OKEN Scanner

Contagiozitatea începe la apariția tumefacției glandei salivare.

Dezinfecția terminală nu este neapărat necesară.

571. Poliomielita (paralizia infantilă) are o contagiozitate relativă. Îmbolnăvirea unei a doua persoane în aceeași familie se întîmplă rar.

Durata transmisibilității este variabilă, probabil de cel mult 4—6 săptămîni, timp după care se impune o dezinfecție riguroasă a camerei și a tuturor obiectelor ce au venit în contact cu bolnavul (vezi și vaccinarea antipoliomielitică punctele 593—594).

572. Infecțiile digestive se transmit prin scutece, mîini murdare, tetină nesterilizată, alimente infectate și prin înghițirea germenilor de la nivelul faringelui.

Spălarea pe mîini (înainte și după orice tehnică de îngrijire a copilului, cu apă, săpun și perie) este cea mai importantă măsură de prevenire a infecțiilor digestive.

În caz de diaree, scutecele se colectează într-o găleată cu soluție de cloramină, iar podeaua se spală zilnic cu detergenți.

Vaccinări

nu se mai practică

Vaccinarea antivariolică

573. Patru fapte fundamentale sînt de reținut în ce privește vaccinarea antivariolică:

— este obligatorie;

— este eficace;

— în ultimii ani s-a hotărît ca în țara noastră să se efectueze după împlinirea vîrstei de 1 an;

— complicațiile sale sînt dominate de riscul encefalitei.

O dovadă a eficacității sale este faptul că la noi în țară a dispărut de peste 50 de ani, ceea ce este de o deosebită importanță, deoarece boala nu are încă un tratament.

În Africa și în Asia persistă focare de endemie: în 1967 s-au înregistrat 128 000 cazuri; în 1969, 56 000 cazuri, cu o mortalitate de circa 25%. Boala este în descreștere datorită măsurilor de prevenire luate de OMS (Organizația Mondială a Sănătății). În același timp, însă au apărut cîteva mici focare în Republica Federală Germania, Iugoslavia și în Anglia. Prin circulația extraordinară de oameni și mărfuri din epoca actuală, boala poate fi vehiculată în orice loc al pămîntului, inclusiv în țara noastră.

574. Vîrsta primovaccinării. Momentul primovaccinării depinde de 2 factori:

— de procentul eficacității („dacă prinde") vaccinării;

— de riscul complicațiilor, îndeosebi de cel al encefalitei vaccinale.

Analiza factorilor mai sus citați a făcut ca în America de Nord și în majoritatea țărilor europene (printre excepții se numără Franța, unde se practică încă la vîrsta de 6—8 luni), vaccinarea antivariolică să se efectueze între 12 și 24 de luni, de preferință între 12 și 18 luni.

Scanned with OKEN Scanner

575. Tehnica vaccinării. La noi în țară se practică vaccinarea în regiunea deltoidiană (treimea superioară a feței externe a brațului). Se curăță zona respectivă cu un tampon îmbibat cu apă simplă sau cu apă și săpun, se lasă să se usuce, se pune o picătură de vaccin pe piele și se fac 2 scarificări de 3—6 mm, paralele și foarte apropiate, în așa fel încît ele să nu dea naștere decît la o singură pustulă. Este bine să se aștepte 2—3 minute, îndepărtînd ușor marginile sacrificării pentru a asigura o bună pătrundere și o svîntare a vaccinului. Scarificarea nu trebuie să fie nici prea superficială, nici prea profundă.

În cel mult 30 de secunde trebuie să apară o urmă sanguinolentă de-a lungul zgîrieturii. Vaccinatorul va face să pătrundă vaccinul în zgîrietură folosind în acest scop marginea instrumentului. Se lasă vaccinul să se usuce timp de 15—20 de minute, fără a grăbi uscarea prin ștergere sau expunere la căldură.

După uscarea vaccinului, copilul este îmbrăcat cu rufe curate.

Se vor face următoarele recomandări:

— *se vor folosi numai cămăși curate, schimbate frecvent; aceste cămăși se vor fierbe separat de restul lenjeriei;*

— *se va evita scărpinatul zonei vaccinate (cămășuțe cu mîneci lungi și bine prinse la gît; la nevoie imobilizarea mîinilor copilului în timpul nopții);*

— *în timpul îmbăierii nu se va uda zona vaccinată;*

— *nu se vor aplica nici un fel de medicamente peste vaccin (substanțe antiseptice, pudre, unguente);*

— *vaccinul conține germeni vii și corneea ochiului nu este niciodată imunizată; în consecință, se vor proteja ochii cu mare atenție (spălarea mîinilor copilului etc.).*

576. Evoluția vaccinării. După vaccinare, părinții vor fi avertizați asupra evoluției de după vaccinare (așa-zisa „reacție postvaccinală"). Leziunea locală începe în jurul celei de a 5-a zile. La început apare o roșeață (faza eritematoasă), în a 7-a zi se formează o veziculă care se transformă, spre a 10-a zi, în pustulă vaccinală tipică, înconjurată de o largă zonă roșie, care se poate întinde pe mai mulți centimetri diametru și se însoțește de o infiltrație a țesuturilor din teritoriul respectiv (la axilă). După 2—3 zile, pustula se deprimă în centrul său și se acoperă în a 13-a—a 15-a zi de o crustă care va cădea după a 18-a zi (cel tîrziu în a 25-a zi). Căderea crustei va lăsa o cicatrice depigmentată, mai dură, definitivă, care va fi, pe viitor, cea mai bună probă că subiectul a fost vaccinat.

La o mare parte dintre copii, mai ales între a 8-a și a 12-a zi, se constată o reacție generală mai mult sau mai puțin netă, marcată prin:

— lipsă de apetit,

— agitație,

— febră mare (la 20% din cazuri peste 39°),

— rareori convulsii.

La acești copii se recomandă: aspirină de 2 ori pe zi cîte 0,10 g; Fenobarbital de 0,015 g („Luminalete") 1—3 pe zi; lichide din abundență; la nevoie împachetări reci. La copiii cu tendință la spasmofilie se administrează calciu gluconic, fiole de 5 ml (1—2 pe zi).

Scanned with OKEN Scanner

În a 7-a zi, orice reacție vaccinală va fi „citită" de medicul pediatru sau de asistenta de ocrotire. În caz de reacții violente locale și generale, asistenta de ocrotire va vizita zilnic pe copil, pînă în ziua a 12-a, dînd mamei îndrumările generale și raportînd medicului manifestările alarmante.

În caz de *reacție nulă*, înseamnă că vaccinul nu s-a prins. O nouă vaccinare va

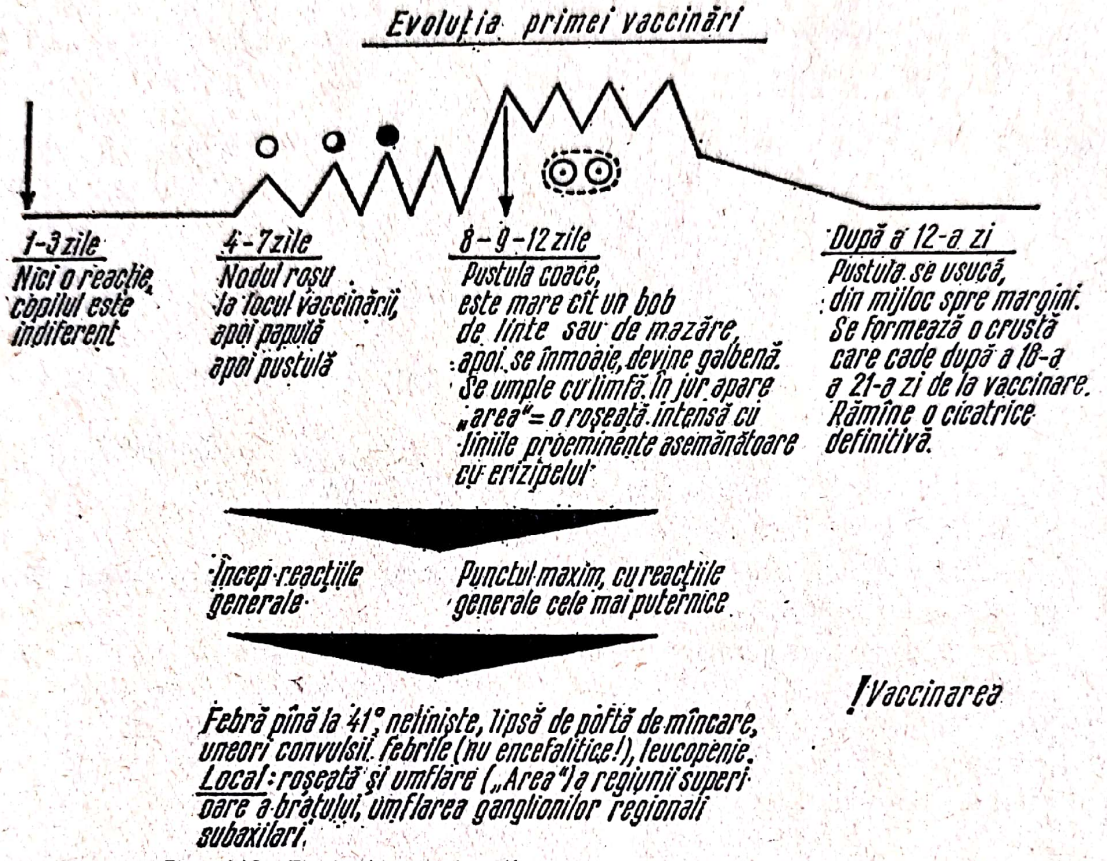


Fig. 110. Evoluția vaccinării antivariolice (după Palitzsch).

fi fixată de către medic în funcție de sănătatea copilului și de „calendarul vaccinărilor" planificat de Inspectoratul sanitar de stat teritorial.

577. Problema vaccinării care nu prinde. Cînd prima vaccinare antivariolică se făcea în primele luni de viață, la mulți copii vaccinarea nu „prindea". Acesta, de altminteri, a fost și unul dintre motivele care au dus la amînarea vaccinării după a VII-a—a XII-a lună. Studii precise ale anticorpilor mamei și copilului au arătat că în cazul în care cantitatea de anticorpi (moșteniți de la mamă) este crescută la copil în cursul primelor săptămîni, se observă eșecurile vaccinării (Kempe).

Se întîmplă ca la acești copii, cu o cantitate mare de anticorpi moșteniți de la naștere, mai multe tentative de vaccinare, repetate la cîteva săptămîni sau luni interval, să fie ineficace. Totuși, în timpul unei ultime tentative de vaccinare se poate produce o reacție precoce tipică de sensibilizare antigenică. O astfel de reacție nu este posibilă decît dacă, în timpul vaccinărilor precedente, antigenul vaccinal, care nu a provocat leziunea locală obișnuită, a determinat totuși o sensibilizare celulară și a *declanșat mecanisme imunitare*. Cu toată absența cicatricei, unii dintre acești copii sînt, într-adevăr, bine imunizați, dovadă cantitatea crescută de anticorpi ce inhibă hemaglutinarea, în cursul celui de-al 2-lea și al 3-lea an de viață, deci multă vreme după dispariția anticorpilor materni (Kempe). La acești copii trebuie să se aprecieze că s-a realizat o vaccinare eficientă.

Scanned with OKEN Scanner

577. bis. Imunitatea antivariolică se pare că este mixtă, în același timp umorală și tisulară. Se admite *că imunitatea se stabilește la 12 zile după vaccinare*. Durata imunității este variabilă de la individ la individ. *Legislația internațională admite o durată de valabilitate de 3 ani*, dar este probabil că la cea mai mare parte a persoanelor vaccinate, protecția reală împotriva variolei este mult mai lungă.

Datorită faptului că stabilirea imunității survine la 12 zile după vaccinare, în timp ce incubația variolei este de cel puțin 14 zile, se admite că, în caz de contact cu un bolnav, avem la dispoziție un interval de timp de 48 de ore pentru a face o vaccinare eficientă. În unele cazuri, această judecată s-a dovedit greșită. În consecință, protecția nu poate fi asigurată cu certitudine, după un contact cu un bolnav de variolă.

578. Incidente și complicații. Interpretarea statisticilor referitoare la complicații este foarte relativă din următoarele motive:

— nomenclatura complicațiilor variază mult și de la o țară la alta și chiar de la un medic la altul. De exemplu, multe statistici socotesc la aceeași rubrică vaccina generalizată și suprainfecția vaccinală ale unei dermatoze preexistente;

— vaccinarea este făcută, de obicei, la o vîrstă la care patologia copilului este bogată în afecțiuni ale pielii. Este greu de stabilit cu siguranță o relație de la cauză la efect între vaccinare și tabloul clinic observat.

De aceea, noi vom cuprinde în același grup incidentele și accidentele.

Manifestări cutanate. a) *Rozeola vaccinală* reprezintă cel mai comun dintre incidentele care se observă după vaccinare. Se manifestă între a 8-a și a 12-a—a 13-a zi, cînd evoluția locală este la maximum; se poate însoți (sau nu) de manifestări generale (febră, agitație sau somnolență). Îmbracă de obicei aspectul unei erupții rubeoliforme, cu mici elemente răspîndite pe tot corpul. Erupția nu durează decît 1—2 zile. Apariția sa nu modifică evoluția vaccinului și nu are nici o semnificație particulară, nici imediat, nici pe viitor.

b) *Infecția leziunii vaccinale* poate surveni prin intermediul lenjeriei murdare, prin scărpinatul copilului (mîini murdare, unghii netăiate) sau de la o altă infecție a pielii, care poate apărea concomitent (streptococi, stafilococi). Este din ce în ce mai rară și ar trebui să nu se mai observe.

c) *Inocularea accidentală*. Se poate produce în același timp cu vaccinarea, dacă copilul a atins cu mîna picătura de vaccin; de cele mai multe ori, însă, este consecutivă scărpinării și zgîrierii pustulei vaccinale deja formate. În primul caz, leziunea de inoculare la distanță evoluează în același timp cu pustula vaccinală, iar în al doilea caz, cu 7—8 zile întîrziere față de aceasta. Pustula de inoculare accidentală se întîlnește aproape totdeauna pe față, frunte, pleoape, nas, în jurul gurii. Riscul cicatricii definitive este mai mare cînd inocularea este contemporană cu vaccinarea. Ochiul, îndeosebi, nu participă la imunitatea generală dobîndită după inoculare; localizările conjunctivale sau corneene, pe lîngă gravitatea lor imediată, pot să lase pete corneene care să jeneze vederea în tot restul vieții (Mainard și colab.).

Accidentele de autoinoculare se observă mai ales la copiii purtători ai unei dermatoze (*prurigo* și mai ales *eczemă*). *Pruritul*, adesea intens, datorit dermatozei, antrenează *gratajul*, iar degetele pline de virus realizează inoculări succesive.

Aspectul realizat este cel de *„pustuloză varioliformă Kaposi-Juliusberg"* (această afecțiune nu are numai această cauză, ci poate fi dată și de o suprainfecție prin *virusul herpetic*, și, fără îndoială, chiar de alți germeni). După Mainard, care în experiența sa a întîlnit cîteva zeci de cazuri, toți copiii s-au vindecat, după o fază de febră mare, cu leziuni cutanate confluente, care invadau fața, trunchiul, zonele pliurilor pielii, conform cu topografia dermatozei prealabile; cîteodată apar și edeme. Leziunea elementară îmbracă forma pustulei, rareori cu aspect hemoragic. Aproape toate cazurile se vindecă fără sechele. După experiența unor autori (Mainard, Berranger și Brelet), pustuloza varioliformă Kaposi-Juliusberg este cea mai frecventă complicație a vaccinării antivariolice.

Scanned with OKEN Scanner

d) *Alte erupţii cutanate, de diferite tipuri* (pete roşii, papule, elemente urticariene), pot apărea după vaccinarea antivariolică.

Din studiul manifestărilor cutanate rezultă trei puncte comune:

— sînt mai frecvente cînd copilul este vaccinat în primul an de viaţă;

— majoritatea sînt evitabile;

— aproape toate au o evoluţie benignă, nu pun în pericol viaţa copilului şi nu lasă cicatrice definitive.

e) *Complicaţiile nervoase.* α) *Convulsiile febrile* nu sînt proprii vaccinei, dar apariţia lor pune probleme de diagnostic diferenţial cu encefalita vaccinală. Dacă apariţia convulsiilor este strict legată de creşterea brutală a febrei, dacă între crizele de convulsii copilul nu prezintă tulburări de conştienţă şi dacă ele nu se însoţesc de vreun semn neurologic, diagnosticul de encefalită este exclus. Aceste convulsii nu au o semnificaţie gravă.

β) *Encefalita vaccinală* este o complicaţie atît de gravă, încît ea reprezintă o obsesie pentru orice medic care decide efectuarea unei vaccinări antivariolice. Datele epidemiologice şi statistice sînt încă fragmentare şi variabile de la o ţară la alta şi chiar de la o epocă la alta. Se admite, cu mare aproximaţie, că frecvenţa este de 1 caz la 100 000 de vaccinări. Absenţa oricărui test clinic sau biologic specific măreşte confuzia. Nici măcar tabloul anatomopatologic nu aduce un element de certitudine: la copiii sub 2 ani, leziunile inflamatorii şi vasomotorii sînt lipsite de specificitate.

Rolul vîrstei în etiologia encefalitei este, în general, apreciat drept capital. Pînă de curînd, întreaga opinie medicală considera encefalita ca un accident al primovaccinării tardive. Anchetele statistce efectuate recent în Anglia şi America au făcut pe epidemiologi să revină asupra acestei noţiuni clasice; după aceste statistici, encefalita este mai frecventă în cursul celui de al doilea semestru de viaţă, decît în al doilea an de viaţă. De aceea, şi la noi, în prezent, vaccinarea antivariolică se face în al doilea an de viaţă.

Clinic, encefalita începe totdeauna între a 10-a şi a 12-a zi după vaccinare. Apariţia sa este fără legătură cu intensitatea reacţiei vaccinale generale.

Începutul este brutal, cu febră de 40°, vărsături, o atingere rapidă a conştienţei, adesea convulsii. Se realizează tablouri clinice variabile, cu semne neurologice diferite. Totdeauna, însă, se găseşte o tulburare a conştienţei. Evoluţia durează circa o săptămînă. O treime din bolnavi decedează. Dintre copiii care supravieţuiesc, 40 — 60% rămîn cu sechele importante.

579. Prevenirea complicaţiilor. Gammaglobulinele subiecţilor recent vaccinaţi (bogate în anticorpi antivaccină) pot aduce servicii reale în atenuarea reacţiilor consecutive vaccinării. Ele permit să se evite o reacţie prea violentă, la copii fragili. Nici un argument nu permite, însă, să se afirme că administrarea de gammaglobuline, ar preveni cu siguranţă accidentele grave ale vaccinării, justificînd administrarea lor, în mod sistematic, în caz de primovaccinare precoce sau tardivă. Unii susţin că pot fi folosite cu oarecare succes în caz de vaccină generalizată. Ele sînt indicate totdeauna în caz de vaccinare accidentală la un eczematos. Se administrează şi în caz de encefalită, dar numărul de cazuri tratate pînă acum este încă foarte mic pentru a se putea aprecia eficacitatea.

La noi în ţară, recent, în timpul epidemiei de variolă din Iugoslavia, la cazurile în care s-a impus o vaccinare fortuită în anumite zone, la copiii problemă s-a administrat, cu succes, în scopul prevenirii complicaţiilor, „Vaccina gammaglobulină Behring".

Gammaglobulinele specifice se administrează în doză de 1 ml/kilocorp. Unii recomandă utilizarea de vaccinuri atenuate.

Declararea incidentelor şi accidentelor postvaccinale. Aşa cum am amintit mai sus, *asistenta de ocrotire va „citi" în ziua a VII-a dacă s-a „prins" vaccinul.* Va urmări apoi pe toţi *vaccinaţii cu manifestări mai violente, pînă în ziua a 12-a. Între a 10-a şi a 12-a zi este obligată să facă un nou control tuturor copiilor vaccinaţi.*

Medicul de circumscripţie este obligat să comunice orice incident postvaccinal la Inspecţia Sanitară de Stat teritorială, menţionînd şi seria flaconului utilizat.

Scanned with OKEN Scanner

Copiii cu reacție vaccinală internați în spital vor fi izolați de copiii nevaccinați, mai ales de eczematoși. Cum un număr de incidente pot fi cauzate de alte viroze sau infecții bacteriene, se impune ca să se ia toate măsurile pentru a se stabili un diagnostic precis (internare într-o secție de boli contagioase; prelevări din faringe, scaune și veziculo-pustule). În caz de deces, autopsia este obligatorie.

580. Contraindicațiile vaccinării antivariolice sînt de două feluri: definitive și temporare.

Contraindicațiile definitive sînt: dermatozele (eczema), deficitele imunitare (hipogammaglobulinemia), antecedentele de atingere a sistemului nervos (encefalite, encefalopatii cronice, plurimalformații, epilepsia, copiii care s-au născut cu semne de suferință cerebrală gravă). La copiii cu convulsii în antecedente, vaccinarea se va decide în funcție de etiologia convulsiilor, în urma unui consult cu spitalul unde au fost tratate aceste convulsii și cu specialistul în neuropsihiatrie infantilă de la policlinica de copii.

În cazul diabetului bine echilibrat, vaccinarea antivariolică este indicată.

Dintre *contraindicațiile temporare* se pot cita: bolile infecțioase în evoluție, epidemiile de viroze (îndeosebi poliomielita), bolnavii tratați cu corticoizi.

Vaccinarea antivariolică este contraindicată de asemenea la femeia însărcinată, mai ales în primele 3 luni, avînd în vedere pericolul embriopatiei.

În caz de epidemie, la contacții direcți nu se mai ține seama de nici o contraindicație și se administrează vaccinul.

Vaccinarea Di-Te (antidifterică și antitetanică) (D.T.)

581. Le vom prezenta împreună pentru că:
— sînt două vaccinări prin anatoxină;
— se fac aproape totdeauna asociate;
— sînt vaccinări obligatorii.

Datorită acestor două vaccinuri, difteria și tetanosul au devenit o raritate la noi în țară.

a) *Vaccinul* (sau anatoxina difterică), descoperit de Ramon în 1923, este o toxină inactivată de căldură și formol.

b) *Anatoxina tetanică*, descoperită de Ramon în 1926, este o toxină inactivată la căldură și formol.

Vaccinul mixt D.T. este compus dintr-un amestec de anatoxină difterică și de anatoxină tetanică.

582. Tehnică. La noi în țară se administrează totdeauna asociat (D.T.) sau D.T.P. (antidifteric-antitetanic-antipertusis).

Vaccinarea se face:
— după examenul medical prealabil;
— verificarea integrității fiolei și aspectului conținutului său;
— injecția vaccinală se face fie în coapsă, fie (mai rar) în regiunea deltoidiană, după asepsia pielii (cu alcool);
— injecția se face cu un material strict individual (seringă, ace etc.); în caz de vaccinare colectivă este interzis să se verse conținutul fiolei într-un alt recipient;
— folosirea seringilor mari (20 ml) este interzisă;
— injecția trebuie să fie subcutanată (se verifică dacă acul nu este într-un vas);

Scanned with OKEN Scanner

— după injecție se retrage acul, locul injecției se badijonează cu alcool, fără a se masa.

Se practică 3 astfel de injecții, la aproximativ 1 lună interval (15 zile la 2 luni), cu un rapel la 1 an după a 3-a injecție. *La noi, Inspectoratul Sanitar al fiecărui teritoriu fixează un „calendar al vaccinărilor", care trebuie respectat riguros.*

Vaccinarea se înregistrează în fișa medicală a copilului și în registrul de vaccinări al fiecărei circumscripții sanitare.

583. Reacția vaccinală este aproape nulă pentru vaccinarea contra tetanosului. Este minimă pentru difterie: reacție locală (durere, roșeață la punctul de injecție) și generală (38—39°), care cedează după 24 de ore de repaus și sînt cu atît mai slabe cu cît copilul este mai mic.

Copilul va primi lichide din abundență (ceai, apă fiartă și răcită, sucuri de fructe, lapte îndoit cu apă). Se va pune un supozitor de Aminofenazonă L sau i se va da 1/5—1/4 aspirină și 1—2 comprimate de Fenobarbital de 0,015. Copilul va fi ținut în casă. Se va lua temperatura de 2 ori pe zi timp de 2—3 zile. Dacă temperatura persistă peste 38° și se menține ridicată, se va apela la medic.

584. Accidentele „de seringă" nu se produc dacă se respectă condițiile unei sterilizări corecte a materialului de injecție.

Accidentele renale sînt excepționale.

585. Contraindicațiile vaccinării D.T. Practic nu există nici o contraindicație absolută. La vîrsta la care se practică la noi primovaccinarea D.T. (3—6 luni) nu se întîlnesc bolile care contraindică vaccinarea D.T. (de fapt pentru fracțiunea difterică) și anume: glomerulonefrita acută, nefrita, sindromul nefrotic, afecțiunile cardiace severe, leucemia.

Contraindicațiile temporare sînt:

— virajul recent al cutireacției (trei luni);
— convalescenții după o boală acută;
— infecțiile cutanate;
— perioade de epidemie (de o boală diferită);
— femeile însărcinate.

Vaccinarea D.T. se va face cu precauție la alergici și la copiii la care în antecedente s-a constatat albumină în urină.

La alergici (eczemă, astm bronșic), vaccinarea poate provoca accidente neplăcute și cîteodată severe. De aceea se va alege un moment cînd copilul nu prezintă manifestare alergică și se va face o injecție de încercare cu vaccin diluat 1/10 apoi cu 1/4 din vaccinul normal.

Diabeticii și hemofilicii se vaccinează.

Vaccinarea împotriva tusei convulsive (anti-pertussis)

586. Numele de anti-pertussis (A.P.) provine de la numele germenului care produce tusea convulsivă (popular „tusea măgărească"): *Haemophilus pertussis (bacilul Bordet-Gengou, Bordetella pertussis).*

De fapt, după cum am mai spus, la noi în țară se folosește *trivaccinul* (D.T.P. Difteric-Tetanic-Pertussis). Noi îl vom descrie separat avînd în vedere comunicările ce s-au făcut în ultimul timp asupra unor complicații (foarte rare, este adevărat, dar totuși *complicații!*) ce survin după vaccinarea antipertussis.

Scanned with OKEN Scanner

Vaccinarea împotriva tusei convulsive trebuie să se facă la sugar, cît mai devreme. Tusea convulsivă este o boală foarte frecventă și trebuie evitată deoarece la sugarul din primele luni și la copilul mare debilitat este urmată de complicații (mulți sugari mor încă prin complicații ale tusei convulsive). Chiar la copilul mai mare sănătos, viguros, tusea convulsivă este o boală lungă, chinuitoare, plictisitoare (pentru copil și familie) și care debilitează organismul copilului. Tratamentele cu antibiotice (Ampicilină, Cloramfenicol, Eritromicină etc.) au efecte nesigure, iar accesele de tuse continuă săptămîni și chiar luni de zile, fiind exacerbate de cea mai ușoară inflamație a căilor respiratorii.

587. Vaccinul este preparat din germeni *Hemophilus pertussis* omorîți. Calitatea vaccinului depinde de numărul de germeni, de calitatea tulpinilor folosite și de modul de preparare.

Vaccinul este pus la dispoziție de către Institutul de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino" din București, fie ca fiole de vaccin antipertussis, fie ca fiole D.T.P. (cel mai obișnuit).

588. Indicații și tehnică. În afară de cazuri particulare, toți sugarii trebuie vaccinați împotriva tusei convulsive, respectiv la noi în țară D.T.P. Vaccinarea se face după ce sugarul a împlinit 3 luni.

Tehnica de administrare este cea descrisă la vaccinarea D.T.

Spațiul între injecții este în principiu de 4 săptămîni (pentru vaccinurile adsorbite, spațiul este de 3 săptămîni). În caz că în momentul cînd este planificată vaccinarea de către Inspectoratul Sanitar de Stat copilul nu este găsit la domiciliu sau este bolnav de o afecțiune intercurentă, intervalul între injecții poate fi prelungit. Între prima și a doua injecție poate fi un spațiu de 6—8 săptămîni. Între a doua și a treia inoculare, intervalul poate fi prelungit la 8—12 săptămîni. Dacă s-au depășit 12 săptămîni, este prudent să se efectueze o injecție suplimentară.

Aceste indicații sînt date cu titlu orientativ; planificarea calendarului vaccinărilor este întocmită anual de către Inspecția de Stat, iar cazurile speciale vor fi analizate de medicul pediatru de circumscripție, care fixează vaccinarea de comun acord cu medicul epidemiolog. În cazurile problemă se va consulta medicul specialist din policlinică și chiar medicul primar șef al secției de pediatrie din spital.

589. Contraindicațiile sînt puține. Unele sînt comune tuturor vaccinărilor: bolile infecțioase în faza acută sau în convalescență, bolile maligne, greutatea sub 4 kg, agammaglobulinemia, vaccinarea B.C.G. care datează de mai puțin de 1 lună, vaccinarea antivariolică efectuată de mai puțin de 4 săptămîni etc.

Diabetul pancreatic nu constituie o contraindicație; tuberculoza primară nu mai este trecută printre contraindicații, în afară de formele grave, cu diseminare hematogenă. Vaccinul împotriva tusei convulsive nu antrenează niciodată complicații renale, dar anatoxina difterică la care el este asociat în trivaccin este contraindicată în nefropatii.

Vaccinarea este indicată la copiii-purtători de cardiopatii congenitale, în afară de episoadele de decompensare cardiacă.

Copiii supuși unui tratament prin corticoizi sau substanțe imunosupresive ar putea fi vaccinați, pentru că vaccinul antipertussis este un vaccin inactivat, dar aceste substanțe pot diminua răspunsul imunitar.

Alergia, și în special alergia respiratorie, nu constituie o contraindicație sistematică a vaccinării (Berranger, Mainard, Brelet). Din contră, vaccinarea antipertussis este indicată la copiii alergici. *Este prudent de a proceda la probe de toleranță*: o primă injecție de 0,15 ml

de vaccin diluat 1/10, urmată la 10 zile de o a doua injecție de 0,15 ml de vaccin nediluat permite, în absența reacției, de a proceda la vaccinarea normală. Aceasta se întrerupe în caz de accident alergic. Administrarea de antihistaminice (Romergan, Feniramin) în timpul celor 24 de ore ce precedă injecția și în zilele care o urmează este o precauție utilă, căci este bine cunoscut că tusea convulsivă are, frecvent, consecințe foarte supărătoare asupra dezvoltării bolilor alergice.

Encefalopatiile infantile de diferite naturi, antecedentele convulsive și apariția oricărui simptom neurologic oarecare, la prima sau la a doua injecție, constituie o contraindicație obligatorie.

În sfîrșit, *vaccinarea este contraindicată în caz de epidemie de poliomielită.*

590. Incidente-reacții. Frecvența reacțiilor vaccinului anticonvulsiv nu este ușor de definit, deoarece multe studii care le-au fost consacrate privesc de fapt reacțiile trivaccinului (difterie-tetanos-pertussis). Totuși, se știe că toleranța la anatoxine este de obicei foarte bună, așa că o bună parte din reacțiile observate se datoresc vaccinului împotriva tusei convulsive. Studii făcute pe animale arată că frecvența și severitatea reacțiilor sînt în raport direct cu toxicitatea vaccinului antipertussis (Perkins, Sheffield, Miller, Skeg).

Reacțiile pot fi generale sau locale.

1. *Reacțiile generale* constau în apariția unei stări de agitație, manifestată prin țipete neîncetate timp de cîteva ore, și febră moderată (38°). Aceste reacții apar în prima zi și țin 2—48 de ore.

Frecvența lor este foarte diferit apreciată: după unii, ele sînt rare, iar după alții s-ar observa în mai mult de jumătate din cazuri. Sînt mai frecvente la prima injecție.

În cazul apariției reacțiilor generale se indică administrarea unui supozitor de Aminofenazonă L, sau de aspirină 0,05—0,10 g/zi la sugar, asociată cu 1—3 tablete de Fenobarbital 0,015 g („luminalete"), vitamină C, complex B, lichide din abundență.

2. *Reacțiile locale*. a) *Durerea, cîteodată însoțită de indurație și roșeață*, este relativ frecventă; se aplică comprese reci peste zona înroșită și se dau copilului sedative (Fenobarbital) b) *apariția unui nodul* la punctul de injecție se observă la 5—10% din vaccinați; acesta este nedureros și poate persista mai multe săptămîni; nu se aplică nici un tratament.

591. Accidente (complicații). Complicațiile generale sînt foarte rare și de ordin neurologic; *starea de șoc și encefalita.*

a) *Starea de șoc* este scurtă, astfel încît ajunge să fie foarte rar studiată în mediu spitalicesc, Șocul se instalează la puțin timp după vaccinare: de la 50 de minute la 6 ore. Durata variază de la cîteva minute la cîteva ore. Paloarea și hipotonia sînt semnele clinice cele mai evidente. Mamele sînt în general foarte impresionate și cea mai mare parte dintre ele rămîn pentru o vreme cu teama pentru viața și dezvoltarea intelectuală a copilului.

Evoluția. Este favorabilă în toate cazurile. Aproape întotdeauna medicul sau asistenta de ocrotire văd copilul după ce a trecut criza. Se vor indica, timp de cîteva zile, antihistaminice de sinteză (sirop de Romergan), calciu, vitamină C, vitamine din grupul B (pe gură), iar vizitele de către asistenta de ocrotire se vor face zilnic.

b) *Encefalita*. Este sigur că în ultimii ani se publică accidente encefalitice după vaccinarea împotriva tusei convulsive care au evoluat cu sechele sau chiar cu decese.

Începutul encefalitei este brutal, la cîteva ore după injecție (între a 16-a și a 24-a oră după Kong). Apare cu egală frecvență fie la prima injecție, fie la următoarele. *Convulsiile ocupă primul loc*, atît în debutul bolii, în perioada de stare, cît și în sechelele cu care rămîne copilul după aceea.

Trebuie subliniat că această complicație a devenit excepțional de rară odată cu folosirea unor vaccinuri de bună calitate și a eliminării copiilor cu suferințe nervoase în antecedente

Scanned with OKEN Scanner

(encefalopatii în diverse stadii sau forme, convulsii; atenție la scorul APGAR, de la naștere!).

Copiii se internează de urgență în spital.

592. Eficacitatea vaccinului s-a probat prin anchete epidemiologice și prin testele imunologice. Statisticile efectuate la noi și în străinătate arată că aproximativ 70% din copiii corect vaccinați nu se îmbolnăvesc de tuse convulsivă; restul de 30% fac o formă ușoară. Testele imunologice se efectuează de laboratoarele de specialitate și au o valoare relativă. S-a stabilit că sugarii vaccinați *între 3 și 6 luni se imunizează tot așa de bine ca și cei vaccinați între 6 și 12 luni sau mai tîrziu.*

Vaccinarea contra poliomielitei

593. Este una dintre cele mai justificate vaccinări, fiind vorba de o boală care a fost cumplită în trecut. Aproape totdeauna lăsa pe copil invalid pentru toată viața; cîteodată era chiar mortală. Nici astăzi, după ce boala s-a instalat nu există un tratament specific.

Singura metodă eficace în lupta contra bolii este vaccinarea antipoliomielitică, care s-a generalizat în lumea întreagă începînd din anul 1954, dată la care J.E. Salk a întreprins în Statele Unite prima experiență pe un număr mare de cazuri, cu un vaccin inactivat. În epoca respectivă, poliomielita (numită și paralizia infantilă sau boala Heine-Medin) devenea tot mai amenințătoare în întreaga lume. Și la noi în țară, boala făcea ravagii în epidemii care cuprindeau tot mai multe cazuri. În 1953, s-au înregistrat 35 392 cazuri de poliomielită (formă paralitică) în S.U.A., 5 090 cazuri în Suedia, 1 834 în Franța. La 10 ani după descoperirea vaccinului, în 1964, în S.U.A. s-au înregistrat 121 cazuri. La noi în țară, datorită vaccinării obligatorii boala a încetat practic să mai existe. Ea are tendința să dispară în țările cu nivel ridicat, unde vaccinul se administrează organizat și eficace, în schimb progresează în regiuni mai puțin dezvoltate.

Boala este produsă de un virus care se prezintă sub 3 mari tipuri antigenice: I, II și III, care, la rîndul lor, comportă un foarte mare număr de varietăți. Tipul I este cel mai frecvent.

Infecția se face pe cale digestivă. Virusul este eliminat prin scaunele individului infectat; bolnavul este, deci, un rezervor de virus infectant al membrilor anturajului. Poliomielita paralitică nu se observă decît la un număr extrem de mic al subiecților efectiv contaminați prin virusul specific. În majoritatea cazurilor, acest virus nu determină decît o infecție ascunsă, inaparentă, cu manifestări atipice; aceste infecții oculte (categorisite de obicei „simplă gripă") sînt suficiente pentru a dezvolta imunitatea. *Există, deci, o poliomielită-infecție și o poliomielită-boală.* Ambele forme creează o imunitate permanentă la copil. Imunitatea este în același timp tisulară (a țesuturilor) și umorală.

Vaccinurile sînt de două feluri: inactivate și atenuate. Vaccinurile inactivate au fost primele folosite:

— vaccinul Salk (Statele Unite 1954), inactivat prin formol;

— vaccinul Lepine (în Franța), inactivat prin formol, apoi prin beta-propionat. Acest vaccin este lipsit de orice putere paralitogenă.

Dezavantajul vaccinurilor inactivate este că se administrează pe cale injectabilă și în mod repetat: 3 injecții la interval de circa 6 săptămîni, un rapel după 1 an și altul după 5 ani. Imunitatea produsă de aceste tipuri de vaccin este pur umorală și de durată limitată. Ea se instalează lent; din aceste motive, vaccinul inactivat ajută foarte puțin în caz de epidemie.

Vaccinurile atenuate. La noi în țară se folosește numai vaccinul atenuat Sabin, care de fapt este tipul de vaccin cel mai întrebuințat în lume. Cele 3 tipuri de virusuri sînt atenuate prin treceri succesive pe cultură tisulară.

Scanned with OKEN Scanner

Vaccinul poliomielitic peroral (VPP) preparat de Institutul „Dr. I. Cantacuzino" este o suspensie de poliovirus viu, preparată din tulpinile atenuate (nepatogene pentru om) de tip 1, 2 și 3 ale lui A. Sabin.

Tulpinile LSc2ab (tip 1), P712CH2ab (tip 2) și Leon 12ab (tip 3) sînt cultivate pe culturi celulare primare de epiteliu renal de maimuță, obținute prin tehnica tripsinizării și menținute în prezența unui mediu lipsit de proteine.

Suspensiile de virus se prepară și se recoltează individual de pe culturile celulare provenite de la cîte o singură maimuță. După control aceste suspensii se unifică, se filtrează și se diluează spre a se obține cinci doze vaccinate pe ml (o doză vaccinată: minimum 10^5 unități infectante). Vaccinul poate fi monovalent sau poate fi constituit din amestecul în părți egale a celor trei tipuri de virus.

Vaccinul conține Cl_2Mg, — cu rol stabilizator termic pe timp limitat — precum și penicilină, streptomicină și mycostatin ca prezervanți.

Atît în cursul preparării vaccinului cît și final se execută o serie de controale riguroase pe culturi celulare, pe animale (șoareci sugari și adulți, cobai, iepuri, maimuțe) și pe medii bacteriologice. Aceste controale urmăresc depistarea uno reventuali agenți virali contaminați, verificarea caracterelor genetice ale tulpinilor atenuate de poliovirus din vaccin, verificarea lipsei neurovirulenței lor pentru maimuță, precum și a sterilității bacteriene și micotice a suspensiilor.

Prezentare. Vaccinul poliomielitic peroral este livrat în flacoane capsulate astfel:

— vaccin tip 1, etichetă de culoare albastră flacoane de 10 ml (50 doze individuale);

— vaccin tip 2 etichetă de culoare verde flacoane de 10 ml (50 doze individuale);

— vaccin tip 3, etichetă de culoare roșie flacoane de 10 ml (50 doze individuale);

— vaccin tip 1+2+3, etichetă de culoare galbenă flacoane de 10 ml (50 doze) și 30 ml (150 doze individuale).

Pentru oricare din aceste vaccinuri doza individuală este reprezentată de 0,2 ml suspensie (4 picături).

Aspect. Conținutul flacoanelor este limpede, de culoare roșie, portocalie. Înainte de întrebuințare flaconul va fi bine agitat. Flacoanele al căror conținut are culoare galbenă-citrin sau se tulbură prin agitare nu vor fi întrebuințate, ci se va înștiința Institutul „Dr. I. Cantacuzino", menționîndu-se numărul de control și seria.

594. Administrare. *Vaccinul se administrează strict peroral.*

Doza vaccinantă individuală este cuprinsă în 0,2 ml suspensie.

Schema de administrare a vaccinului este cea indicată în instrucțiunile M.S.

Vaccinul poate fi extras din flacon cu pipeta care însoțește ambalajul (după decapsularea flaconului) sau cu seringa (în caz că nu se consumă întregul conținut al flaconului). Cantitatea de vaccin extrasă din flacon sau cea dintr-un flacon decapsulat va fi consumată imediat.

Împărțirea în doze individuale (0,2 ml) a cantității de vaccin ce urmează a fi consumată dintr-o dată se va face cu ajutorul pipetelor, calculîndu-se *4 picături pentru o doză* (pipeta se va ține vertical).

Întrucît vaccinul are gust amărui datorită stabilizatorului termic (Cl_2Mg), cele 4 picături de vaccin vor fi incluse într-o linguriță de apă îndulcită (soluție de 5—10% zahăr), lapte sau ceai, fierte și apoi răcite la temperatura camerei.

Scanned with OKEN Scanner

Se recomandă ca vaccinul să fie administrat între mese. După administrare se poate bea o cantitate mică de lichid.

Seringile și pipetele cu care se repartizează vaccinul vor fi fierte zilnic înainte de întrebuințare. Linguriţele vor fi fierte sau bine spălate după fiecare persoană. *Nu se vor utiliza antiseptice (alcool, fenol etc.) deoarece acestea distrug virusul viu din vaccin.*

Eventualele picături de vaccin căzute pe mîini nu sînt nocive.

Vîrsta vaccinării. Vaccinul antipoliomielitic poate fi absorbit la orice vîrstă. Conform legii, vaccinarea se începe la 2 luni; la nevoie (contraindicaţii medicale etc.), primovaccinarea se poate face oricînd între 2 luni și 15 luni. Prima revaccinare se face la 1 an de la primovaccinarea cu tipul I + II + III, iar revaccinarea a doua, la 1 an de la prima revaccinare.

Epoca vaccinării. Implantaţia virusului vaccinal și înmulţirea sa în intestin poate fi jenată de prezenţa altor virusuri ale intestinului subţire („enterovirusuri"): coxackie virus Echo etc. De aceea nu se va trece la vaccinare pe gură în perioadele anului în care infecţiile virale din acest tip sînt mai frecvente.

Eliminarea virusului-vaccin și difuziunea sa în mediul înconjurător. Eliminarea virusului-vaccin prin scaun se face chiar din a 2-a zi după ingestie; această eliminare se continuă în medie 5—6 săptămîni, cîteodată mai mult, astfel încît copilul vaccinat poate deveni o sursă de răspîndire a virusului-vaccin în anturajul său. În fapt, ar fi imprudent să se conteze pe această „vaccinare în lanţ", căci difuzarea virusurilor vaccinale pare să fie foarte limitată. Deși recăpătarea puterii virusului-vaccin, prin trecere de la om la om, nu a fost demonstrată *este totuși bine ca imunizarea într-o colectivitate de copii să se facă dintr-o dată la toţi copiii.*

Conservare. Eficacitate. Vaccinul poliomielitic peroral se conservă fie în stare congelată (sub —1°) fie în stare lichidă, între +1° și +6°.

Eficacitatea vaccinului indicată pe eticheta ambalajului și flaconului se referă la vaccinul în stare congelată.

După decongelare, vaccinul în stare lichidă, menţinut la o temperatură între +1° și +6° are eficacitate 30 zile. După depășirea acestui termen, se produce scăderea treptată a eficacităţii vaccinului.

Păstrarea vaccinului la temperatura camerei mai mult de 24 ore, duce la scăderea puterii vaccinale a produsului.

Temperatura de conservare a vaccinului între +1° C și +6° C (și la adăpost de lumină) trebuie riguros respectată în cursul campaniei de vaccinare.

Orice sesizare în legătură cu vaccinul poliomielitic peroral va fi obligatoriu însoţită de specificarea seriei flaconului și a numărului de control.

Toleranţa vaccinului este *excelentă*. Nici o manifestare neplăcută, nici locală și nici generală nu a fost raportată pînă acum.

Înmulţirea virusului în intestin nu determină nici un simptom anormal. Riscul de a se produce o poliomielită paralitică a fost complet înlăturat prin procedeele actuale de preparare.

O singură rezervă se impune: la indivizii cu *alergie la penicilină, avînd în vedere faptul că vaccinul conţine urme de penicilină.* La aceștia se va începe cu un vaccin diluat, cu un număr mai mic de picături.

595. Contraindicaţii. *Diareea* antrenează un eșec al vaccinării. De asemenea, se va amîna vaccinarea la copiii cu *rujeolă, tuse convulsivă, hepatită epidemică și orice infecţii acute febrile.*

Scanned with OKEN Scanner

Vaccinarea nu se face la femei cu sarcină în luna a III-a și la copiii tratați cu preparate cortizonice în ultimele 15 zile. În caz de epidemie, acestora li se poate administra vaccin inactivat (Salk sau Lepine).

Vaccinarea cu B.C.G.

596. Vaccinul B.C.G. pentru inocularea intradermică este preparat din culturi vii de bacil Calmette-Guerin, suspendate în soluție de glutamat de sodiu. Fiecare fiolă conține 2 mg masă bacteriană.

Prezentare. Vaccinul B.C.G. liofilizat, pentru administrarea intradermică, este livrat în fiole conținînd 20 de doze vaccinante (0,1 ml substanță bacteriană pe doză). Conținutul fiolei are aspectul unei pulberi albe, care nu aderă de pereții fiolei. Nu se vor folosi fiolele crăpate în care pulberea aderă de perete (nu se desprinde la agitare înainte de deschidere) și nici fiolele neetichetate.

Lichidul de suspendare (mediul Sauton diluat), care se livrează împreună cu vaccinul și cu foița de material plastic necesară la deschiderea fiolei, este un lichid limpede și incolor. Nu se vor utiliza fiolele cu conținut colorat sau tulbure.

Conservare. Vaccinul B.C.G. liofilizat va fi păstrat la întuneric și la o temperatură de +4°. Expus chiar pentru un scurt timp la lumina directă sau difuză a zilei, vaccinul se degradează, bacilii vii sînt omorîți. De asemenea se degradează dacă se păstrează la temperaturi care depășesc +4°.

Durata eficacității vaccinului, păstrat în fiolă nedeschisă și în condițiile specifice mai sus, este indicată pe eticheta fiolei. Vaccinul nu se va folosi după expirarea termenului de eficacitate.

Deschiderea fiolei și suspendarea vaccinului. Fiolele care conțin vaccin B.C.G. liofilizat sînt închise sub vid. Trebuie deschise cu grijă, pentru a se evita pierderea conținutului prin pătrunderea bruscă a aerului.

Gîtul fiolei se taie ușor cu pila, fiola se învelește strîns în foița de material plastic, după care gîtul fiolei se rupe cu mîna.

Cu o seringă prevăzută cu ac lung (sterilizate prin fierbere timp de 45 de minute sau prin autoclavare) se aspiră lichidul de suspendare (Sauton diluat) și se trec exact 2 ml în fiola cu vaccin. Conținutul fiolei se amestecă prin aspirare și respingere în seringă de 2—3 ori. Această operație trebuie executată cu grijă, astfel încît să nu se piardă nimic din lichidul de suspendare.

După suspendare, suspensia este incoloră, omogenă, ușor opalescentă. În timpul operației de vaccinare, suspensia trebuie protejată împotriva luminii directe a zilei.

Vaccinul va fi utilizat cît mai curînd după reconstituire (cel mult o oră), pentru a se evita riscul unei contaminări accidentale și scăderea numărului de bacili vii.

Conținutul unei fiole care nu a fost utilizat în cel mult o oră de la reconstituire, nu va mai fi întrebuințat.

597. Tehnica de vaccinare. Injectarea trebuie făcută cu seringă de 0,5 sau 1 ml, prevăzută cu ac pentru injectarea intradermică, ambele sterile. Seringa trebuie să fie bine calibrată și acul fixat etanș.

Vaccinarea se practică în partea postero-externă a brațului stîng, în treimea medie.

Se injectează strict intradermic 0,1 ml suspensie vaccin B.C.G.

Injecția trebuie făcută încet și strict intradermic. După o injectare corectă se formează o papulă în care foliculii piloși sînt distinct vizibili, cu diametrul de 7—8 mm

Scanned with OKEN Scanner

la copii mari și 6—7 mm la nou-născuți. Inocularea subcutanată duce la apariția unor abcese la locul de inoculare.

Seringile și acele utilizate pentru vaccinarea B.C.G. vor fi păstrate în exclusivitate pentru acest scop.

598. Reacțiile postvaccinale. Papula formată în timpul vaccinării dispare în aproximativ 30 de minute.

În unele cazuri, după 24—48 de ore, în jurul punctului de inoculare apare un eritem care durează 2—3 zile și care nu are nici o semnificație.

În decurs de 1—3 săptămîni după vaccinare se formează, exact la locul inoculării, un nodul mic care continuă să crească în dimensiuni încă 1—2 săptămîni. Baza nodulului este ușor indurată, iar pielea care îl acoperă devine roșie și lucioasă.

În majoritatea cazurilor partea periferică a nodulului devine roz-pal, partea centrală roșu-închis, apoi violacee; la acest din urmă nivel pielea se subțiază pînă la formarea unui orificiu prin care conținutul nodulului se elimină, după care se formează o crustă centrală, înconjurată de o zonă roșie.

După cîteva săptămîni, crusta se elimină; la locul vaccinării rămîne o cicatrice mai depigmentată și ușor deprimată, față de țesutul care o înconjură.

În unele cazuri se formează o ulcerație superficială care supurează ușor și evoluează mai lent spre cicatrizare.

Reacțiile postvaccinale obișnuite durează aproximativ 3 luni, cele ulcerate 4—6 luni. Se consideră reacții locale exagerate cele la care diametrul nodulului depășește 18—20 mm, iar cel al ulcerației 10—12 mm. O astfel de reacție poate să apară în urma inoculării unei doze excesive de vaccin sau a unei suspensii vaccinale insuficient omogenizate.

Persoanele vaccinate trebuie prevenite asupra modului de evoluție, astfel încît să nu recurgă la aplicarea de tratamente locale sau pansamente, care nu sînt necesare și care pot agrava, întreține și prelungi ulcerația.

Existența leziunii locale este o probă a succesului vaccinării și nu provoacă subiectului vaccinat durere locală sau reacție generală.

În rare cazuri se pot produce adenopatii axilare după 1—3 luni de la vaccinare, uneori mai tardiv. Ganglionii sînt mici, duri, mobili, nedureroși și nu se depistează decît la palpare sistematică. O astfel de reacție intră în tabloul normal al evoluției postvaccinale. Adenopatiile axilare care depășesc 10—15 mm se întîlnesc în mod cu totul excepțional și uneori pot chiar fistuliza. În asemenea cazuri trebuie înștiințat imediat dispensarul antituberculos teritorial și Inspecția Sanitară de Stat.

599. Alergia postvaccinală. În afara apariției reacției locale, reușita vaccinării se poate aprecia prin reacția la tuberculină (P.P.D.). Alergia se instalează în 6—8 săptămîni de la administrarea vaccinului.

600. Indicații. Nou-născuții începînd de la vîrsta de 4 zile și pînă la 2 luni vor fi vaccinați fără testarea tuberculinică prealabilă. Pentru vaccinările și revaccinările ulterioare vor fi selecționate numai persoanele care nu reacționează sau care prezintă o reacție de cel mult 5 mm la testarea cu 1—2 unități P.P.D.

Revaccinarea B.C.G. se va aplica la grupele de vîrstă stabilite de Ministerul Sănătății.

601. Contraindicații: nou-născuții subponderali (sub 2 500 g); boli febrile concomitente; convalescența unei boli infectocontagioase (1—3 luni); afecțiuni dermatologice acute.

Scanned with OKEN Scanner

602. Recomandări. În perioada de instalare a alergiei (perioada antealergică, de 6 săptămîni), vaccinatul nu va fi supus unor intervenții chirurgicale și va fi ferit de contaminări tuberculoase.

La aplicarea vaccinării B.C.G. se vor respecta intervalele între acestea și alte vaccinări, conform dispozițiilor în vigoare ale Ministerului Sănătății.

Organizarea vaccinărilor

603. Planificarea vaccinărilor la circumscripțiile sanitare sau colectivități de copii se face în funcție de indicațiile Inspectoratului Sanitar de Stat (județean sau de sector) sau ale Laboratorului de Epidemiologie de pe lîngă Policlinică.

Medicul pediatru este ajutat de asistenta de ocrotire, de asistenta igienistă și de sora de cabinet.

604. Calendarul vaccinărilor. În funcție de planul cifric al vaccinărilor, de datele epidemiologice și de dispozițiile legale, se întocmește *„calendarul vaccinărilor"*. În stabilirea calendarului se va ține seama de următoarele fapte:

a) *Necesitatea de a vaccina copilul cît mai devreme posibil:*

— contra tuberculozei, în primele zile;

— contra tusei convulsive, poliomielitei și difteriei, chiar din primele luni;

— contra tetanosului, înaintea vîrstei mersului;

— contra variolei, la vîrsta la care riscurile complicațiilor vaccinale sînt mai mici.

b) *Aptitudinea copilului de a se imuniza*, care depinde de:

— dispariția anticorpilor transmiși de mamă, care se pot opune imunizării active. La sugarul mic, semiviața IgG nu depășește 50 zile;

— posibilitățile de sinteză a anticorpilor de către copil. Se poate admite că aptitudinea imunologică umorală este satisfăcătoare începînd cu sfîrșitul lunii a III-a. Aceasta nu privește B.C.G. a cărui putere protectoare este esențial legată de imunitatea celulară și deci poate fi utilizat de la naștere. Celelalte vaccinări vor putea fi întreprinse de la începutul lunii a IV-a.

Simplitatea calendarului. Vaccinările vor fi grupate pentru a reduce la minimum numărul injecțiilor și deplasările copilului la circumscripție.

La fiecare inspectorat sanitar, policlinică de copii și circumscripție se va reprezenta grafic desfășurarea acțiunilor de vaccinare. Calendarul se afișează, la vedere, în cabinetul de pediatrie pentru a fi cunoscut de tot personalul medico-sanitar.

Asistenta de ocrotire va lămuri pe părinți din timp asupra rolului, importanței și perioadei în care se efectuează vaccinările.

605. Pregătirea acțiunii de vaccinare. a) *Catagrafia*. Pe un caiet de lucru se întocmesc listele nominale ale copiilor ce urmează să fie vaccinați sau revaccinați în campania respectivă de imunizări, reexaminînd antecedentele vaccinale ale tuturor copiilor înscriși în registru. Se extrag numai copiii (cu adresele exacte) care urmează să fie vaccinați; se adaugă restanțierii din campaniile anterioare și nou-veniții în circumscripție.

Catagrafia se întocmește de către asistenții de igienă și asistentele de ocrotire; medicul va verifica listele întocmite și va scoate din ele pe copiii cu anumite contraindicații (temporare sau permanente). Catagrafia este o evidență de lucru. La încheierea campaniei, datele vaccinării se trec în *registrul de vaccinări și în fișa individuală a copilului.*

Scanned with OKEN Scanner

b) *Procurarea celor necesare vaccinării*: seringi și ace sterilizate; vată; alcool sau eter; vaccin. În caz că nu există frigider la sediul circumscripției, se vor improviza alte mijloace frigorifice; gheață, lăzi izoterme etc.

c) *Mobilizarea copiilor* ce trebuie vaccinați prin: cărți poștale, vizite la domiciliu, materiale de propagandă sanitară.

606. Desfășurarea acțiunii de vaccinare. Vaccinările se efectuează, de regulă, la dispensarul circumscripției sanitare, pentru a avea siguranța unei sterilizări corecte. În ziua vaccinării se vor lua măsurile corespunzătoare pentru circuite normale; copiii sănătoși (aduși pentru vaccinare) să nu vină în contact cu cei bolnavi.

În anotimpul rece, sugarii pînă la 1 an, dacă este posibil, este recomandabil să fie vaccinați la domiciliu de către medic și/sau cadrele medii sanitare, pentru a evita infecțiile ce pot fi contractate în timpul transportului sau așteptării la dispensar. Îndeosebi vaccinarea antipoliomielitică *per os* (pe gură) se poate face la domiciliu.

Vaccinarea se va face în condiții de perfectă sterilitate. La fiecare vaccinare se folosește seringă și ac separat.

După inoculare se face înregistrarea în „*registrul de vaccinări*" și în „*fișa individuală a copilului*". Raportarea în scris se face numeric, la sfîrșitul lunii, numai pentru vaccinările integral efectuate (de exemplu, vaccinarea antipoliomielitică se raportează în luna în care s-a efectuat cea de a III-a administrare).

În continuare se vor recupera toți restanțierii (lipsă de la domiciliu, îmbolnăviri intercurente etc.), pentru a fi cuprinși toți copiii în acțiunea de vaccinare.

Intradermoreacția (I.D.R.) tuberculinică la P.P.D.*

607. Intradermoreacția tuberculinică este un test biologic prin care se recunoaște dacă un organism uman sau animal a suferit sau nu infecția tuberculoasă.

Principiul și metoda au fost concepute de către pediatrul austriac von Pirquet, care a folosit tuberculina brută aplicată pe pielea în prealabil scarificată (prin scarificator sau prin zgîrierea superficială cu un ac de seringă steril). Ulterior s-au folosit și alte metode (intradermoreacția cu tuberculină diluată, preconizată de francezul Mantoux, sau reacția percutană cu ajutorul unui plasture, propusă de germanul Moro).

Din 1.I.1973, la noi în țară se folosește tuberculina purificată „P.P.D." (*Protein Purified Derivative*), preparată de Institutul „Dr. I. Cantacuzino", care reprezintă substanța activă specifică de natură proteică (tuberculoproteină) elaborată de microbacterii de tip uman, cultivate pe medii sintetice. P.P.D. este astfel diluat încît să conțină în 0,10 ml cantitatea de proteină specifică echivalentă ca reactivitate biologică cu o unitate de P.P.D.-RT_{23}, care este produsul de referință internațională, diluat într-o soluție conținînd 0,005% $Tween^{80}$, produs de Stateus Serum Institute din Copenhaga. O unitate din această soluție conține 0,0002 mg de tuberculină purificată. Un mg de P.P.D. este echivalent cu 500 mg de tuberculină brută. Diluția Institutului Cantacuzino, este de 2 unități și de 10 unități P.P.D.-I.C.65.

Conservare. Tuberculina purificată diluată „P.P.D.-I.C.65" se va păstra, de preferință, la întuneric și la rece la o temperatură cuprinsă între +4 și +15° (deci, la frigider!).

Durata eficacității. În condițiile de păstrare indicate mai sus, fiolele cu tuberculină purificată „P.P.D.-I.C. 65" au o eficacitate de 6 luni de la data preparării, termenul eficacității fiind indicat pe eticheta fiolei și a cutiei.

* S-au utilizat, în mare măsură, materialele întocmite de Dr. P. Mihăilescu și difuzate de Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului, în broșura „Scrisori metodologice".

Scanned with OKEN Scanner

608. Metoda utilizată pentru testarea tuberculinică este intradermoreacția (I.D.R.), după tehnica Mantoux. Se injectează intradermic, pe fața anterioară a antebrațului stîng, după o prealabilă dezinfecție a tegumentului cu alcool sau alcool-eter, o cantitate de 0,1 ml din soluția de P.P.D.-I.C. 65, de 2 unități.

Injecția se face cu seringi speciale (sau, în lipsă, cu seringi de 0,5 ml sau 1 ml, corect gradate în zecimi de ml) și cu ace pentru injecții intradermice. Dovada injectării corecte este făcută de apariția imediată, la locul de inoculare, a unei papule albicioase de 5—6 mm diametru, cu aspect de „coajă de portocale".

Seringa și acul se întrebuințează la o singură persoană.

609. Reacția la tuberculină poate fi locală, generală sau/și focală.

Reacția locală. În primele ore poate apare la locul injecției o reacție nespecifică (histaminică), manifestată prin eritem (roșeață) sau de edem. Dacă dispare după 24—48 ore, nu se ia în considerație. La cazurile pozitive, la 72 de ore se observă la locul inoculării o papulă dermică, dură, în relief față de restul tegumentelor normale din jur, deseori delimitată de acestea printr-un burelet destul de net. Culoarea pielii la nivelul reacției este roșie-închisă, mai rar palid-lividă.

După 4—7 zile reacția dispare, lăsînd o ușoară pigmentare.

În unele cazuri,reacția prezintă o zonă centrală infiltrată, înconjurată de un edem inflamator, care descrește progresiv spre periferie. În aceste cazuri, limitele reacției sînt considerate locurile unde începe supradenivelarea tegumentelor față de tegumentele normale înconjurătoare.

Citirea reacției se face după 72 de ore nu numai vizual ci și prin palpare și se măsoară diametrul maxim (în mm) al indurației pe direcția transversală a antebrațului.

Introducerea incorectă a produsului, subcutan, îngreuiază interpretarea și măsurarea reacțiilor, deoarece determină într-o măsură mai mare apariția edemului inflamator.

Reacția generală — cînd apare — este reprezentată prin febră (38—39°), și oboseală, pe o durată de 1—2 zile.

Reacția de focar se caracterizează prin congestie sau chiar necroză la nivelul focarelor tuberculoase existente în organism.

La dozele folosite în mod curent (1—2 unități P,P.D.), reacțiile generale și focale sînt foarte rar întîlnite și nu prezintă nici un risc.

Dozele mari pot — uneori — activa leziuni tuberculoase latente.

Pentru doza de 2 unități pragul de la care se consideră reacția ca pozitivă este 10 mm. Reacțiile pînă la 9 mm inclusiv, sînt deci negative.

În caz de rezultat negativ la 2 unități P.P.D., intradermoreacția se poate repeta, în anumite situații speciale, cînd există suspiciune că persoana respectivă este totuși infectată, introducînd 0,1 ml dintr-o soluție mai concentrată, conținînd 10 unități P.P.D.-I.C.-65 la antebrațul opus. Repetarea I.D.R. cu 10 U — atunci cînd este indicată — se va face odată cu citirea primului test. Este bine de reținut faptul că răspunsul la 10 U, după o prealabilă testare cu 1—2 U, nu este la fel de mare ca în cazul cînd testarea s-ar fi făcut de la început cu 10 U, datorită procesului de hiposensibilizare indus de prima testare.

Soluțiile mai concentrate de P.P.D. se folosesc exclusiv în unitățile antituberculoase sau în spitalele de copii, sub supravegherea specialiștilor.

Reacția tuberculinică se consideră negativă cînd la locul infecției nu se produce nici o induratie, sau cînd diametrul transversal al acesteia este de maximum 5 mm; cînd diametrul este de 6 mm sau mai mare, reacția este considerată pozitivă.

Scanned with OKEN Scanner

Reacția negativă exprimă o lipsă de reactivitate a organismului respectiv față de antigenele bacilare, stare pe care von Pirquet a denumit-o *anergie*.

Reacția diferită, pe care un organism infectat cu bacili tuberculoși virulenți sau atenuați (vaccin B.C.G.) o manifestă la un nou contact cu substanțe antigenice bacilare, se numește *alergie* și poate fi depistată prin reacția pozitivă la tuberculină.

Se vor nota și urmări reacțiile care prezintă bule, flictene sau necroză, precum și acelea care se însoțesc de o reacție generală febrilă sau de reacție focală.

610. Interpretarea reacției la tuberculină. *Reacția negativă* exprimă următoarele posibilități: a) individul nu a fost infectat cu bacili Koch și nici nu a fost vaccinat cu B.C.G. În asemenea cazuri, doze oricît de mari de P.P.D. rămîn fără răspuns local sau general;

b) individul a fost infectat sau vaccinat foarte recent și se găsește în perioada antealergică (în care nu s-a instalat încă alergia), a cărei durată poate fi de 4—8 săptămîni;

c) individul a fost vaccinat sau a fost infectat cu cîtva timp în urmă, după care a avut I.D.R. pozitivă, însă — fie spontan, fie prin chimioprofilaxie sau chimioterapie — s-a realizat o sterilizare a organismului, cu dispariția răspunsului cutanat la P.P.D. („reversiune tuberculinică"), ajungîndu-se în situația de la punctul „a" de mai sus;

d) individul a fost vaccinat sau a fost infectat cu cîtva timp în urmă, însă alergia cutanată s-a atenuat, devenind „infratuberculinică";

e) în sfîrșit, deși individul a fost alergic, în momentul testării poate prezenta o „eclipsă" a reacției, datorită unei multitudini de factori specifici sau nespecifici; desensibilizarea prin repetare, la intervale scurte, a reacției tuberculinice; vaccinare B.C.G. per orală cu doze mari și repetate; *diverse tratamente, în special cu tuberculostatice și cu glicocorticoizi; intervenții chirurgicale, șoc traumatic*; boli așa-zise „anergizante" ca *rujeola, tusea convulsivă, gripa* etc.; diverse stări fiziologice și patologice ca *sarcină, subnutriție, distrofie, cașexie, diabet, tumori maligne*; forme grave de tuberculoză, în special la copiii sub 2 ani și la bătrîni; expunerea la raze ultraviolete și la radiații ionizante ș.a.

În situațiile de la punctele „d" și „e", repetarea I.D.R. cu doză mai mare de P.P.D. poate releva alergia restantă.

Reacția pozitivă, indiferent de intensitatea ei și de faptul că e însoțită sau nu de reacție generală sau focală, traduce existența în organism a microbacteriei virulente sau a celei din vaccinul B.C.G., fără a ne informa dacă individul respectiv este sănătos sau bolnav de tuberculoză. Cu alte cuvinte, reacția pozitivă exprimă starea de infecție tuberculoasă (naturală sau artificială, pe cale vaccinală).

Testul tuberculinic nu informează asupra vechimii infecției și a gradului de activitate al leziunilor.

Această limitare a testului tuberculinic se datorește faptului că o infecție tuberculoasă, chiar redusă și lipsită de modificări clinice și radiologice pulmonare, poate genera o sensibilitate de lungă durată. După unii autori, pentru ca reacția să se mențină în timp, este necesară existența în organism a unui focar minim activ de tuberculoză, care să elibereze cantități mici de antigen. Alții cred că reacția poate fi întreținută și după vindecarea focarelor, cu sterilizarea lor bacteriologică, prin cantitățile mici de bacili Koch cu care copilul vine în contact din cînd în cînd; acești germeni sînt distruși de mecanismele imunitare ale organismului alergizat, punînd în libertate antigene, care întrețin alergia și deci pozitivitatea reacției la tuberculină.

Scanned with OKEN Scanner

Există însă cîteva situații în care o reacție la tuberculină poate preciza data infectării și stadiul de activitate al bolii, impunînd o atitudine terapeutică:

a) Se știe că, după pătrunderea microbacteriilor tuberculoase virulente în organism, timp de 4—8 săptămîni reacția la tuberculină rămîne negativă. Perioada antealergică ar fi astfel corespondentul perioadei de incubație din alte boli transmisibile.

Cu cît doza infectantă este mai masivă, cu atît această perioadă este mai scurtă.

În momentul cînd reacția devine pozitivă, vorbim despre „viraj tuberculinic" sau „conversiune tuberculinică".

Surprinderea momentului infectării, exprimat prin virajul tuberculinic, presupune deci testări tuberculinice repetate pentru a cunoaște cît mai exact intervalul dintre ultima reacție negativă și prima reacție pozitivă.

Întrucît perioada cu cele mai numeroase evoluții defavorabile și diseminări este cea din primele 6—12 luni de la primoinfecția tuberculoasă, înțelegem de ce intervalul dintre testări trebuie să fie, pentru copiii cu reacții negative, de aproximativ un an.

Desigur testările mai frecvente, la 6 luni de pildă, ar permite surprinderea, mai precoce a momentului infectării, însă este greu de realizat o asemenea urmărire, pe ansamblul populației; ea se poate practica cel mult pe grupe mici, cum sînt contacții din focarele tuberculoase. Pe de altă parte, repetarea testărilor la intervale prea scurte, de exemplu la 2—3 luni, duce la o sensibilizare cutanată cu răspuns mai intens care poate fi interpretat eronat drept un salt tuberculinic.

b) Primoinfecția tuberculoasă netratată își menține potențialul evolutiv timp de minimum 3 ani.

De aceea, o intradermoreacție pozitivă la copiii sub vîrsta de 3 ani — și după unii autori, chiar sub vîrsta de 5 ani — traduce o infecție tuberculoasă activă.

c) Intensitatea alergiei poate crește între două testări succesive. Dacă această intensificare este mare și se petrece într-un interval scurt, de 6—12 luni, ea traduce o stare de evolutivitate a infecției tuberculoase datorită — cu mare probabilitate — unor suprainfecții masive și repetate.

Această intensificare, numită „salt tuberculinic" sau „viraj în trepte" atrage atenția asupra pericolului de transformare a infecției tuberculoase în tuberculoză-boală.

d) Sub control medical, în spital, și la adăpostul tuberculostaticelor, reacția de focar poate fi provocată prin injecții subcutanate, cu doze crescute de P.P.D., pentru a aprecia gradul de evolutivitate și al unor localizări extrarespiratorii ale bolii.

Desigur, pentru aprecierea corectă a situațiilor mai sus expuse trebuie făcută distincția între alergia postvaccinală și cea din infecția naturală. Deseori această distincție este dificilă și trebuie să ne bazăm pe datele anamnestice și epidemiologice (data vaccinării, a contactului bacilar, rezultatul ultimei I.D.R.).

Alergia postvaccinală este — de regulă — mai puțin intensă decît cea prin infecție naturală și de durată mai scurtă. În timp ce după infecția naturală alergia se instalează în proporție de peste 95% și este durabilă, după vaccinarea intradermică cu 0,1 mg vaccin B.C.G. liofilizat, alergia la 2 U P.P.D — I.C.65 depășește rareori diametrul de 20 mm și după cîțiva ani are tendința de stingere *(reversie tuberculinică)*.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul cînd alergia unei persoane vaccinate suferă un „salt tuberculinic", constatat printr-o retestare după 6—12 luni, există suspiciunea unei suprainfecții cu bacili virulenți.

611. Depistarea tuberculinică de masă. Testarea reactivității organismului față de tuberculină ocupă un rol important în lupta antituberculoasă. Ea își găsește aplicarea pe de o parte în diagnosticul tuberculozei, iar pe de altă parte în investigații epidemiologice asupra populației, în cadrul unor acțiuni de masă.

Depistarea tuberculozei cu ajutorul intradermoreacției tuberculinice se adresează populației infantile între vîrsta de 2 luni și 15 ani, precum și adolescenților și tinerilor pînă la 20—25 de ani, cu excepția persoanelor cunoscute ca suferind de această boală.

Proba tuberculinică are contraindicație numai la persoanele care au suferit de hepatită epidemică în ultimele 3—4 luni, pentru a evita transmiterea acesteia prin ace și seringi la alte persoane.

Vaccinarea nou-născuților. La copiii născuți cu peste 2 900 g vaccinarea se efectuează în a 6-a — a 7-a zi de maternitate, la externare. *Prematurii vor fi vaccinați ulterior de către asistenta de ocrotire, la indicația Dispensarului T.B.C. și a medicului pediatru de circumscripție.*

Testarea tuberculinică cu 2 U P.P.D.-I.C. 65 selecționează două categorii de copii:

— copii cu reacții de pînă la 9 mm, inclusiv, care sînt supuși vaccinării B.C.G. și

— copii cu reacții de 10 mm sau mai mult, care urmează a fi controlați radiologic pulmonar, cu excepția acelora la care alergia este de origine vaccinală (vaccinare B.C.G. în antecedentele recente, prezența cicatricii postvaccinale pe brat).

Prin examenul radiologic sînt depistați bolnavii asimptomatici din punct de vedere clinic, dar care prezintă imagini de tuberculoză pulmonară activă. Aceștia se internează în secții de ftiziopediatrie pentru confirmarea diagnosticului și tratament. Controlul radiologic mai poate descoperi prezența unor leziuni specifice, în special hilare, cu caracter regresiv, în curs de organizare fibrocalcară spontană. Aceste cazuri sînt supuse chimioprofilaxiei, împreună cu alte cîteva categorii de copii cu imagine toracică normală, dar cu risc crescut de îmbolnăvire și anume:

1. copii sub 3 ani;
2. copii contacți din focare de tuberculoză;
3. copii cu reacții generale la P.P.D. sau cu reacții tuberculinice intense (flictene, necroze sau cu diametrul peste 20 mm).
4. copii provenind din familii sau colectivități în care se înregistrează numeroase reacții tuberculinice intense, unde se bănuiește un contact bacilar infectant, dar care nu poate fi identificat.

Toate aceste indicații se referă la copiii alergizați prin infecția micobacteriană și nu la cei cu alergie postvaccinală. Noul vaccin B.C.G. liofilizat și suspendat pe glutamat de sodiu, care a fost generalizat în țară în semestrul II/1972, determină o alergie intensă, cu reacții ce depășesc uneori chiar 20 mm, ceea ce nu permite diferențierea față de alergia prin infecție naturală.

Copiii vaccinați cu noul vaccin B.C.G. și avînd o alergie intensă pot prezenta unele modificări patologice hilo-parenchimatoase pulmonare datorate unor boli intercurente, care nu trebuie confundate cu tuberculoza. În cazul îmbolnăvirii prin tuberculoză la copiii vaccinați (protecția conferită de B.C.G. este de ordinul a maxi-

mum 80%), leziunile pulmonare sînt tipice iar prin anchetă epidemiologică se descoperă de obicei o sursă masivă de infecție în anturajul lor.

Randamentul depistării tuberculinice, exprimat prin proporția de cazuri noi de tuberculoză activă descoperite la 1 000 de copii testați este între 0,5 și 1, după diverse anchete efectuate în țara noastră în perioada 1960—1972.

Carențe și dezechilibre alimentare

Sugarul este foarte sensibil la insuficiența sau la dezechilibrul rației alimentare.

Insuficiența alimentară (cantitativă și/sau calitativă) se manifestă prin:
— deficit al greutății,
— întîrziere în creștere,
— tulburări de metabolism,
— rezistența scăzută la infecții și la îmbolnăviri în general.

Ansamblul acestor tulburări a fost desemnat pînă de curînd sub termenul de *distrofie*[1], iar mai recent sub cel de *marasm*[2] sau *denutriție*. La noi în țară este încetățenit termenul de distrofie, așa că-l vom folosi și noi, pentru a evita confuziile.

Distrofiile

612. Distrofiile sînt încă frecvente în țara noastră constituind un factor predispozant în numărul și gravitatea îmbolnăvirilor sugarului.

613. Cauzele distrofiei se pot grupa în:

A. *Cauzele alimentare* ocupă primul loc în declanșarea distrofiei.

a) *Înțărcarea precoce* constituie prima greșeală, deoarece alimentația artificială expune pe copil la multe primejdii (cantități mai mici, diluții prea mari; lipsa de adaosuri de hidrocarbonate — zahăr, făinoase; greșeli de tehnică; diversificare tardivă sau incorectă). Greșeala cea mai frecventă este diluarea prea mare a laptelui, multe mame socotind că o linguriță conține 5 g praf de lapte.

b) *Subalimentația la sugarul hrănit la sîn* poate avea la bază una din următoarele eventualități: hipogalactie, defecte ale glandei mamare (mamelon turtit sau ombilicat), infecții sau răniri ale mamelonului, tehnică greșită de alăptare, rigiditate în orariul meselor, administrarea de ceai între supturi, putere slabă de sugere (prematuri, sugari cu suferință la naștere), malformații ale gurii (buză de iepure, gură de lup), encefalopatii infantile, vărsături frecvente (stenoza hipertrofică de pilor) (vezi capitolul al II-lea punctele 157, 159, 162, 165).

c) *Alimentația unilaterală* cu lapte de vacă în concentrații mai mari decît cele corespunzătoare, precum și menținerea alimentației exclusiv lactate peste vîrsta indicată duc la distrofie. Dacă la lapte nu se adaugă zahăr și mucilagiu de orez (sau alte făinoase), greutatea poate să crească la început, dar curînd începe să stagneze și chiar să scadă. Copilul își pierde vioiciunea și pofta de mîncare, devine plîngăreț, agitat, palid. Scaunele devin rare, uscate (nu aderă la scutece) și de aspectul chitului, cu miros urît de putrefacție. Urinile au miros de amoniac.

---

1. În limba greacă: *dys* = rău și *trophe* = hrană.
2. În limba greacă: *marasmos* = consumare, slăbire progresivă, epuizare.

Scanned with OKEN Scanner

d) *Excesul de făinoase* (introducerea înainte de vreme a făinoaselor — grîș, biscuiți) și regimurile prelungite de făinoase în tratamentul diareilor (orez păsat, biscuiți) pot duce la o formă specială de distrofie (la început creștere în greutate, cu țesuturi păstoase și chiar edeme, apoi prăbușirea curbei greutății, cu scăderea rezistenței la infecții). Abdomenul este balonat din cauza proceselor fermentative; scaunele sînt normale la început, omogene, apoi cu aspect poros, cu bule de aer și spumă.

B. *Cauzele infecțioase.* Dintre infecțiile incriminate în producerea distrofiilor predomină cele *respiratorii*, îndeosebi cînd sînt grave sau *repetate*, în al doilea rînd urmînd cele digestive sau infecțiile mixte *respiratorii și digestive*. *Infecția urinară* — destul de frecventă, dar rar diagnosticată — se însoțește de o inapetență prelungită, redutabilă.

Dintre infecțiile cronice trebuie avute în vedere: *otita latentă*, *otomastoidita cronică* și *tuberculoza*.

Dintre bolile infecțioase cu efecte asupra nutriției amintim: *tusea convulsivă* (vărsături frecvente), *hepatita epidemică* și *rujeola*.

Trebuie combătută atitudinea unor mame, ca și a unor cadre medicale și medii, de a suprima sau reduce în mod nejustificat (brusc și pe termen lung) alimentația în orice stare febrilă a copilului. *Apetitul și toleranța digestivă a copilului sînt criteriile de bază în fixarea cantității și conținutului meselor*, care trebuie să includă toate principiile alimentare de bază (inclusiv proteine și grăsimi) și accesorii (vitamine, săruri minerale).

C. *Condiții de mediu deficitare:* copii nedoriți, rezultați din căsătorii nelegitime sau aparținînd unor familii dezorganizate; lipsa de educație sanitară a mamei; lipsa de curățenie, locuință insalubră, supraaglomerată, lipsă de aer și soare; lipsa de instrucție a mamei; mamă prea tînără; instabilitatea domiciliului; lipsa de bunăvoință și de legături a mamei cu dispensarul de copii etc.

D. *Cauze constituționale:* defecte moștenite cardiace, renale, cerebrale, mucoviscidoza, enzimopatiile digestive etc.

E. *Handicapuri precedente* (prematuritate) sau/și asociate (rahitismul, anemiile).

F. *Momente favorabile apariției distrofiei:* trecerea de la alimentația naturală la cea mixtă și îndeosebi cea artificială; spitalizarea sugarului etc.

De cele mai multe ori, cauzele nocive se asociază și este dificil de a preciza rolul fiecărui factor.

614. Criteriile după care se apreciază starea de eutrofie sau de distrofie sînt:
— *curba greutății;*
— *dezvoltarea țesutului grăsos;*
— *turgorul și tonusul muscular;*
— *rezistența la infecții;*
— *toleranța față de alimente;*
— *creșterea în lungime;*
— *dezvoltarea psihomotorie.*

615. Semne inițiale. Sugarul începe să resimtă încă de la 3—4 luni efectele unei alimentații care nu mai acoperă nevoile. La început, timp de mai multe săptămîni, copilul va avea numai o stare de nutriție mediocră, episoade de diaree, *o încetinire a creșterii greutății*. Pielea devine mai palidă. Mușchii sînt mai moi decît la copilul normal. Copiii nu mai sînt vioi, unii sînt indiferenți, alții devin iritabili, plîngăreți.

Scanned with OKEN Scanner

La început pofta de mîncare este exagerată, deoarece majoritatea distrofiilor încep prin subalimentație.

616. Tablou clinic. Puțin cîte puțin tabloul se completează:

— *Greutatea*. Creșterea se oprește complet și cîteodată scade progresiv și permanent.

— Scaunele rămîn adesea normale, dar diareea survine la cea mai mică deviere a regimului sau cu prilejul oricărei infecții intercurente. Toleranța digestivă este scăzută din cauza slabei puteri fermentative a sucurilor digestive.

— Pielea este palidă. Turgorul este slab, flasc.

— Țesutul grăsos subcutanat se subțiază sau chiar dispare complet, mai ales pe abdomen. În stadii avansate de distrofie, pielea atîrnă în cute pe coapse și fese.

— Creșterea în lungime se încetinește numai în distrofiile grave.

— Sugarul distrofic prezintă, de obicei, întîrziere în dezvoltarea psihică și motorie: nu-și ține capul la 3—4 luni; nu se întoarce de pe o parte pe alta la 5—6 luni nu stă în șezut la 7—8 luni; nu se sprijină de marginea patului la 10 luni.

— Rezistența la infecții este scăzută. Distroficii se îmbolnăvesc ușor și fac forme grave de boală. Acești sugari fac, în special, foarte frecvente infecții respiratorii. Guturaiul simplu se continuă deseori cu otită sau bronhopneumonie. Tusea convulsivă, rujeola și gripa îmbracă o formă gravă și se însoțesc aproape totdeauna de complicații care pot pune în pericol viața acestor sugari.

În mod obișnuit, distrofia se apreciază după curba greutății și aspectul exterior al sugarului. Tulburările cele mai grave constau însă în alterarea tuturor funcțiilor organismului: reactivitatea față de infecții și capacitatea de apărare („disergie"); acizii aminați esențiali din plasmă sînt scăzuți; întreg sistemul enzimatic digestiv (îndeosebi cel pancreatic) este dereglat; studiul sîngelui arată anemie; ficatul prezintă modificări patologice (în distrofia prin carență de proteine se constată steatoză hepatică), la intestinul subțire se instalează o subțiere a mucoasei, o regresiune a microvilozităților, cîteodată o fibroză a submucoasei.

617. Grade de distrofie. După gradul de diminuare a țesutului grăsos subcutanat și după deficitul în greutate și în lungime se deosebesc trei grade de distrofie:

a) *Distrofia de gradul I* se caracterizează prin:

— greutatea rămîne în urmă cu 10—20% față de a copilului de aceeași vîrstă normal dezvoltat;

— grăsimea de sub piele este mult redusă pe abdomen și parțial pe trunchi (în rest este normală!);

— lungimea este puțin sau deloc atinsă.

b) În *distrofia de gradul al II-lea*:

— greutatea rămîne în urmă cu 20—40% față de normal;

— lungimea este mai mică cu 2—5 cm;

— stratul de grăsime este complet dispărut pe abdomen și torace și mult diminuat pe membre;

— pielea este palidă și uscată;

— turgorul este mult scăzut;

— mușchii sînt moi, copilul este înapoiat în ce privește dezvoltarea motorie (ținerea capului, statul în șezut, sprijinul în picioare etc.);

— copilul își pierde vioiciunea, este plîngăreț, agitat, somnul este neliniștit;

— temperatura își pierde caracterul monotermic (în jurul lui 37°), devine neregulată;

Scanned with OKEN Scanner

— se îmbolnăvește des și ușor (boli ale aparatului respirator, diarei, infecții ale pielii).

c) *Distrofia de gradul al III-lea* (atrofia) se caracterizează prin:

— greutatea rămâne în urmă cu 40—60% față de normal;

— lungimea este cu 5—6 cm sub normal;

— țesutul grăsos de sub piele este complet dispărut în toate regiunile corpului, chiar și la față; ca urmare, fața devine triunghiulară, cu ochii înfundați în orbite, pielea frunții încrețită, oasele feței proeminente, barba ascuțită. Copilul ia un aspect de bătrîn („*facies voltairian*", de la numele scriitorului francez Voltaire) sau de maimuță („*simian*" = ca la maimuțe) (vezi fig. 28, p. 83);

— pielea este cenușie-palidă, uscată și rece; formează cute mari mai ales pe coapse și fese, unde atîrnă;

— turgorul dispare;

— tonusul muscular este scăzut, mai ales la mușchi abdomenului. Hipotonia împreună cu meteorismul intestinal fac ca abdomenul să fie mare, destins, balonat, ceea ce contrastează cu slăbirea generală; alteori abdomenul este turtit sau chiar scobit;

— temperatura este scăzută (36°);

— pulsul este rar, cu amplitudine mică;

— scaunele sînt normale, dar atrepsicii fac ușor diaree. Toleranța digestivă este atît de scăzută încît orice creștere mai importantă a alimentației (cantitativ sau calitativ) declanșează scăderi brusce și mari ale greutății („reacție paradoxală") cu agravarea stării generale;

— orice îmbolnăvire pune în pericol viața copilului (vezi punctul 176).

618. Indicele ponderal reprezintă raportul dintre greutatea reală (actuală) și cea ideală (corespunzătoare vîrstei). Normal, acest indice este 1.

$$\text{I.P. (Indicele ponderal)} = \frac{\text{Greutatea actuală (G.A.)}}{\text{Greutatea ideală (G.I.)}} = 1$$

Exemple: a) sugar de 4 luni normal $= \frac{6\,000\ g}{6\,000\ g} = 1$

b) sugar de 4 luni cu distrofie de gradul al II-lea $= \frac{4\,500\ g}{6\,000\ g} = 0{,}75$

În distrofia de gradul I, indicele ponderal variază între 0,95 și 0,80.
În distrofia de gradul al II-lea, indicele ponderal variază între 0,79 și 0,60.
În distrofia de gradul al III-lea, indicele ponderal este de 0,59—0,40.

Cînd cifra care rezultă din raportul $\frac{\text{greutate reală}}{\text{greutate ideală}}$ depășește cu mult cifra 1 este vorba de așa-zisa „*paratrofie*", care se întîlnește la copiii păstoși, diatezici, la obezi prin cauze endocrine și în distrofia de făinoase.

619. Prevenirea distrofiei implică:

a) *Educația sanitară* a mamei, care trebuie convinsă în primul rînd de superioritatea alimentației naturale. Acest lucru se va face încă din perioada de graviditate, de către medicul obstetrician, de către moașe și de către asistenta de ocrotire. În maternitate, medicul pediatru și asistentele de pediatrie vor lămuri și ajuta mama să depășească momentele critice ale instalării secreției lactate și dificultățile legate de tehnica corectă a sugerului. După întoarcerea de la maternitate, nu se va trece la alimentația artificială la prima impresie de hipogalactie.

Scanned with OKEN Scanner

b) Dintre greşelile care trebuie evitate pentru a preveni distrofia citãm pe cele mai des întîlnite în ţara noastră:

— *diluţii prea mari de lapte* şi administrarea de ceai între mese;

— *diete prelungite* în diarei şi orice alte îmbolnăviri;

— *rigiditate în alimentaţie* (cantitate, conţinut, orar). Alimentaţia sugarului trebuie individualizată în funcţie de apetitul şi reactivitatea personală a copilului, precum şi de condiţiile mediului de familie (posibilităţi de aprovizionare, obiceiuri tradiţionale, gradul de instrucţie şi profesiunea mamei), bineînţeles, însă, ţinînd seama de nevoile în principii nutritive, care condiţionează o dezvoltare normală a copilului.

620. Tratament. În caz de *distrofie uşoară* este suficient să se restabilească un regim corect, echilibrat, asigurînd îndeosebi acoperirea nevoilor de proteine. Se impune, deci, depistarea precoce a acestor cazuri, ceea ce subliniază importanţa vizitelor frecvente ale asistentei de ocrotire în familie şi utilitatea „zilelor de puericultură" periodice.

Distrofia avansată implică acelaşi principiu de tratament:

— instituirea unei alimentaţii suficiente cantitativ şi echilibrate calitativ;

— la raţia optimă de creştere se va ajunge treptat, tatonînd toleranţa digestivă. Cum aceşti copii sînt şi inapetenţi se va proceda cu tact;

— nu se va forţa copilul; nu se va insista la o masă mai mult de un sfert de oră;

— se va ţine seama de „gusturile" copilului preferinţa pentru dulce sau acrişor; administrarea cu biberonul sau cu linguriţa; preferinţele în ceea ce priveşte temperatura alimentelor, consistenţa lor; persoana de la care primeşte mai bine alimentaţia etc.

Nu se va uita în nici un moment că toţi distroficii avansaţi prezintă alterări ale tubului digestiv şi scăderea fermenţilor pancreatici. La distroficii internaţi în spital se vor folosi, în primele zile, hidrolizate de proteine.

La domiciliu se vor prefera produsele industriale de lapte (nu lapte de vacă procurat de la centrele de lapte!), a căror concentraţie se poate fixa cu precizie.

În formele severe, laptele integral poate duce la inconveniente, deoarece aceşti copii prezintă adesea intoleranţă la lactoză. Eledon-ul, Lacto, Humana H, Prodieton-ul, Camelpo şi babeurre-ul (corect preparat) sînt bine tolerate.

În caz de *distrofie cu diaree* se va începe cu o zi de regim de pectine (supă de morcovi sau „Arobon"), apoi se trece treptat la Eledon 10% cu 5% zahăr („primul hidrocarbonat"). Ulterior, Eledon-ul se înlocuieşte cu Camelpo sau cu un produs românesc de lapte praf („Lactosan", „Rarăul", „Mureşul") şi se va îmbogăţi cu grăsimi vegetale (ulei de porumb).

În *distrofiile prin exces de lapte de vacă*, rezultate bune se pot obţine cu lapte umanizat: „Humana" sau „Similac".

Distrofiile prin exces de făinoase sînt, în general, consecinţa unei frici nejustificate faţă de lapte ca atare, despre care mama afirmă că „nu este bine suportat". Este vorba de copii „graşi", buhăiţi, care aparent arată foarte bine, dar care la prima îmbolnăvire prezintă prăbuşiri mari ale greutăţii. Şi la aceştia se va proceda cu prudenţă, pentru a evita o catastrofă.

În principiu, după o zi de supă de morcovi se introduce treptat laptele albuminos, preparat după reţeta folosită la Clinica „Fundeni" (punctul 392). De asemenea se pot folosi unul din următoarele preparate: Eledon, Humana H, Prodieton, Dispacid, Camelpo, lapte acidifiat, toate, la început, cu adaos de pectine.

Scanned with OKEN Scanner

Se impune ca restabilirea unei alimentații normale să se facă lent, fiind vorba în general de copii labili, care la cea mai mică supraîncărcare digestivă reacționează prin tulburări acute ce pot ajunge pînă la toxicoză.

După vîrstă, se va putea completa regimul cu legume (morcovi pasați), brînză de vaci, carne, ulei de porumb, unt și fructe (mere rase). O vitaminoterapie intensivă (vitamina D, C, grupul B), ca și lupta împotriva anemiei, sînt indispensabile.

Carențe vitaminice.

Vitamina A

621. Funcții. Vitamina A este numită și *retinol*, termen care amintește rolul său în vedere, mai precis în sinteza purpurei retiniene. Vitamina A este necesară în dezvoltarea și maturarea normală a celulelor epiteliale (de unde numele de „vitamină a protecției epiteliilor"). Ea are, de asemenea, un rol important în creștere, în legătură cu formarea și dezvoltarea structurii osului, dinților și cartilajelor.

622. Nevoi zilnice: sugari — 1500 U.I. (minimum); copiii de 1—3 ani — 2000 U.I. sau 200 U.I./kilocorp. Este bine ca aportul să fie reprezentat, în părți egale, de vitamina A preformată și de caroten. Necesarul crește la copii cu deficite de absorbție, depozitare sau mobilizare, în boli febrile, în inflamații ale mucoaselor și în distrofii.

La sugarul normal, corect alimentat, nu este necesară administrarea de vitamina A. Dacă se dau multă vreme cantități mari de caroten, sub formă de supă de morcovi, se observă o colorație gălbuie a pielii, care poate fi luată drept icter. Această carotinemie colorează îndeosebi fața, nările, mîinile și picioarele.

623. Surse. Vitamina A se găsește în natură sub două forme: ca vitamină A și ca provitamină (caroten) care se transformă în intestin în vitamină A. Zarzavaturile (pătrunjelul, morcovii, fasolea, tomatele, varza etc.) conțin caroten; ficatul, untul, ouăle, untura de pește au numai vitamină A; laptele de femeie, colostrul (de 2 ori mai mult decît în lapte) și laptele de vacă conțin atît vitamină A cît și caroten.

624. Boli prin carență. În țara noastră și în țările industrializate, practic nu se întîlnesc boli prin carență de vitamină A.

În urma unei carențe prelungite de vitamină A pot apărea: *hemeralopia* (ochii sînt afectați de o pierdere a vederii crepusculare), *xeroftalmia* (uscăciunea corneei) și *keratomalacia* (necroza corneei).

În ultimul timp se insistă asupra *formelor ușoare de hipovitaminoză A*, care se caracterizează prin: încetinirea creșterii, scăderea poftei de mîncare, tristețe, față cenușie, păr rar și uscat. La acestea se adaugă infecții ale pielii și mucoaselor. Celulele epiteliale degenerează, favorizînd inflamația mucoaselor: conjunctive, intestin, tract urinar și mai ales organele respiratorii. De subliniat că vitamina A nu este, totuși, o vitamină de protecție împotriva infecțiilor, ca vitamina C; infecțiile sînt favorizate de faptul că mucoasele sînt fragile în cazul carenței de vitamină A.

Se observă tulburări de osificare, dar acestea se datoresc totdeauna unei carențe simultane în vitamina D.

625. Cauze ale carenței de vitamină A. a) *Insuficiența de aport* prin alimente este rară, pentru că atît laptele cît și legumele furnizează vitamină A. Totuși, în cursul regimului lipsit de lapte sau în alimentația săracă în grăsimi (consum de lapte degresat)

Scanned with OKEN Scanner

se observă manifestări de hipovitaminoză. Margarina și uleiul de măsline nu conțin vitamină A.

b) *Tulburările care afectează resorbția intestinală a grăsimilor*, și în consecință a vitaminei (așa cum se observă în distrofii și diareile recidivante, precum și la prematur, care resoarbe prost grăsimile) pot să provoace, de asemenea, manifestări de carență în vitamină A.

c) În timpul *carenței în tiroxină*, carotenul nu mai este transformat în vitamină A.

626. Medicamente care conțin vitamină A: vitamină A (drajeuri, fiole și soluție); vitamină A palmitat hidrosolubilă (fiole, soluție); vitamina A+D_2 (drajeuri, fiole cu soluție buvabilă, soluție uleioasă).

Vitaminele din grupul B

627. Vitaminele din grupul B sînt solubile în apă; ele joacă un rol important în metabolism și intră în constituția mai multor sisteme enzimatice cu rol major în organism. Acest grup cuprinde însă substanțe chimice de natură foarte diversă.

Unele sînt responsabile, cînd lipsesc, de stări patologice bine definite. Trebuie subliniat totuși că boala beri-beri (datorată absenței totale de vitamină B_1 și care se manifestă prin paralizii și tulburări grave ale miocardului), în forma sa clasică, este o carență complexă în care domină carența în tiamină (B_1) și că pelagra relevă nu numai un deficit în niacină (vitamină PP), dar și un deficit în alte vitamine din grupul B, precum și în acidul aminat triptofanul. Noțiunea de carență unică, pură, specifică face loc în multe cazuri noțiunii de malnutriție (*mal* = rău).

Unele vitamine din grupul B joacă un rol important în hematopoieză, în special acidul folic și vitamina B_{12}. Alți factori vitaminici din grupul B, ca acidul pantotenic, colina, biotina etc. au un rol fiziologic important, dar carența lor nu dă un tablou clinic bine individualizat.

628. Surse. Vitaminele din grupul B se găsesc în lapte, ouă, carne, ficat, cereale complete, plante verzi, levuri. Unii factori din grupul B sînt elaborați de bacteriile intestinale.

628 bis. Carența în vitamine din grupul B. Practic, în țara noastră și în Europa nu există carențe de vitamine din grupul B, la sugarul sănătos. Indicația de a se da la nou-născuți și sugari (injectabil și pe gură) vitamine B_1, B_6, B_{12} sau Complex B este inutilă. Mai mult, gustul și mirosul neplăcut al acestor vitamine pot determina refuzul alimentației din partea copilului.

a) Singurele carențe care s-au observat la noi la vîrsta de sugar au fost *formele ușoare de avitaminoză B_1*. Este vorba de copii care primesc o rație mare de glucide și un aport anormal de slab în tiamină. Sugarul nu are poftă de mîncare, este constipat; creșterea în greutate este mediocră; el prezintă semne nervoase mai mult sau mai puțin nete: tulburări de somn, hiperexcitabilitate, hipotonie musculară, cîteodată ușoare edeme. Acest tablou este, de altminteri, foarte apropiat de cel observat în unele „dispepsii de făinoase".

b) *Observații generale asupra stărilor anemice legate, direct sau indirect, de carențe vitaminice.* Trebuie precizat că anemiile legate de o *carență vitaminică sînt extrem de rare la copilul mic, la care predomină anemiile hipocrone prin carență de fier. Prescripțiile de vitamină B_1, B_6, B_{12} sau de complex B sînt adesea inutile. În plus, anemiile nutriționale sînt de obicei de etiologie complexă: carență în proteine sau în acizi aminați esențiali,*

Scanned with OKEN Scanner

în fier și în mai multe vitamine; se întîlnesc mai ales la copiii care trăiesc în condiții de igienă defectuoasă, avînd infecții trenante și cîteodată tulburări endocrine.

c) *Carența în vitamina* B_2 sau riboflavina, așa cum a fost descrisă acum 20 de ani, avea o simptomatologie destul de precisă: leziuni ale mucoaselor, stomatita angulară, leziuni ale limbii, cheilite, dermatita seboreică, leziuni oculare, tulburări neurologice.

Astăzi s-a ajuns la concluzia că dintre numeroasele semne atribuite lipsei de vitamină B_2, sînt susceptibile de a atrage atenția numai leziunile buzelor, ale limbii și dermatita seboreică. Dar ele nu sînt deloc specifice, putînd fi observate și în alte afecțiuni. Stările de policarență sînt mult mai frecvente decît ariboflavinoza pură; individualitatea acesteia în clinica umană este discutată.

Riboflavina este prezentă în numeroase alimente, ariboflavinoza relevînd mai adesea un defect de absorbție sau de utilizare, decît un deficit de aport alimentar. Observațiile făcute la diferite specii animale arată că, în caz de carență în proteine, riboflavina găsește dificil substratul necesar fixării sale și este excretată masiv prin urină, ceea ce favorizează apariția unei carențe secundare.

Vitamina C

629. Vitamina C (acidul ascorbic) este solubilă în apă și extrem de sensibilă la acțiunea căldurii.

630. Surse. În regnul vegetal se găsește în fructe (lămîi, portocale, măcește, mere, zmeură, coacăze, căpșuni, piersici, caise) și zarzavaturi (tomate, morcovi, ardei, cartofi, pătrunjel, spanac etc.). În regnul animal se găsește în ficat, carne, gălbenuș de ou, lapte.

631. Funcții. Vitamina C reglează metabolismul celular al tuturor organelor și întărește capacitatea de apărare a celulei împotriva infecțiilor. Este necesară în coagularea sîngelui.

632. Boli prin carență. La adult, avitaminoza C antrenează scorbutul. La copii s-a observat o boală analogă, care a fost inițial confundată cu rahitismul, dar care ulterior a fost numită „scorbut infantil" sau boala lui Moeller-Barlow. Cele două boli se caracterizează prin tendință la hemoragii și la fracturi osoase. Hematoamele subperiostale provoacă dureri intense. Boala Moeller-Barlow este în prezent foarte rară, deoarece principiile moderne ale diversificării precoce a alimentației evită avitaminoza C.

În caz de hipovitaminoză C se constată:
— slăbirea apărării naturale a organismului;
— paloarea pielii;
— lipsă de poftă de mîncare;
— iritabilitate crescută.

Un mod simplu de a depista o vitaminoză C constă în a dizolva un comprimat de diclorofenol-indofenol în 50 ml apă, peste care se adaugă 20 ml de urină proaspătă. Dacă vitamina C este prezentă în urină, dispare culoarea albastră; înseamnă că organismul are vitamină C suficientă. Dacă urina nu decolorează soluția, urina nu conține vitamină C și, deci organismul are nevoie de un adaos din această vitamină.

633. Cauzele carenței de vitamină C. Trebuie ținut seama că fierberea, conservarea și toate operațiile culinare la care sînt supuse alimentele, ca și păstrarea înde-

Scanned with OKEN Scanner

lungată a legumelor și fructelor, contactul cu metalele etc. distrug parțial sau total vitamina C.

Laptele de vacă pasteurizat, fiert sau transformat în lapte praf este lipsit de vitamină C, iar zahărul, cerealele și făinoasele folosite în primele luni de viață nu conțin vitamină C.

În diarei și unele verminoze intestinale, vitamina C este distrusă în intestin. În orice infecție, acută și cronică, nevoile de vitamină C sînt crescute.

634. Nevoile de vitamină C sînt:

— la prematuri 50 mg zilnic;

— la sugari 30 mg zilnic.

Asigurarea necesarului de vitamină C. Sugarul alimentat natural primește vitamină C necesară prin laptele mamei, dacă aceasta consumă din alimentele citate mai sus sau dacă suge zilnic un comprimat de vitamină C_{200}.

La sugarii alimentați artificial se va introduce sucul de fructe între 6 și 8 săptămîni, după indicațiile expuse în capitolele anterioare (vezi punctele 276, 283, 285, 286 și 388).

Rahitismul prin carență de vitamină D

635. Rahitismul prin carență de vitamină D este o boală ale cărei manifestări clinice sînt bine cunoscute. Carența în vitamină D antrenează o tulburare a absorbției și a fixării calciului la nivelul osului în creștere.

636. Surse de vitamină D. Vitamina D, necesară mineralizării scheletului, vine din 3 surse diferite:

a) *Fotosinteza*, care se produce la nivelul pielii și care constă în transformarea derivaților colesterolului în vitamină D_3 sau *colecalciferol*. În circumstanțele cele mai favorabile, această fotosinteză poate să se facă cu viteza de 0,5 mg în 24 de ore. În mod obișnuit, însă, ritmul fotosintezei este diminuat de tot ceea ce se interpune între iradierea solară și straturile profunde ale pielii (ceața, norii, praful, fumul, geamurile care nu lasă să treacă razele ultraviolete, îmbrăcămintea care acoperă corpul, pigmentarea pielii). Acest fapt explică frecvența rahitismului în regiunile temperate și nordice, în zonele industrializate și în orașe, în blocurile moderne, precum și prevalența sa la sfîrșitul iernii și primăverii, la copii care, de teama răcelii sau a soarelui, sînt ținuți înfofoliți sau în casă și, în sfîrșit, la copiii cu piele pigmentată.

b) *Alimentația* furnizează prea puțină vitamină D. Laptele de femeie conține 20 U.I. vitamină D la 1 litru, iar laptele de vacă 40 U.I. vitamină D la litru.

c) *Medicamente:* ergocalciferol sau vitamina D_2, colecalciferol sau vitamina D_3 și dehidrotahisterol sau AT_{10}. Vitaminele D date pe gură sînt absorbite la nivelul tubului digestiv (circa 78%). Prezența bilei este necesară acestei absorbții, care se face rău în caz de icter obstructiv, de boală celiacă sau de diaree.

637. Profilaxia rahitismului. În toate țările Europei, rahitismul este azi o problemă medico-socială de prim ordin, datorită, în special, frecvenței considerabile și mai puțin gravității formelor de boală.

Profilaxia rahitismului este una din sarcinile cele mai importante ale medicului de copii, ale asistentei de ocrotire și ale mamei.

În creșterea sau scăderea cazurilor de rahitism intervin următorii factori:

— momentul cînd se încep măsurile de prevenire a lipsei de vitamină D;

— lămurirea mamelor asupra necesității administrării de vitamină D;

Scanned with OKEN Scanner

— lipsa unei evidențe precise (dispensar și părinți) asupra datelor și dozelor de vitamină D administrate sugarului;

— incertitudinea asupra conținutului în vitamina D din hrana sugarului;

— contradicțiile în legătură cu necesitățile de vitamină D;

— credința unor mame că rahitismul se combate numai prin administrare de calciu;

— refuzul unor mame de a ține legătura și de a respecta indicațiile medicului și ale asistentei de ocrotire.

În țara noastră, cu climă continentală temperată, razele ultraviolete ale soarelui nu sînt suficiente pentru a sintetiza vitamina D necesară unui organism în creștere. Rezultă că, și la sugarii care sînt ținuți mult în aer liber la soare, administrarea de vitamină D este indispensabilă.

În cadrul prevenirii rahitismului, medicul și asistenta de ocrotire vor sfătui totuși pe mamă să *favorizeze expunerea la soare a sugarului* prin:

— scoaterea copilului zilnic la aer, de preferat la orele cu soare din cursul zilei;

— expunerea directă a pielii copilului la soare (băi de aer, băi de soare);

— evitarea locurilor aglomerate și cu atmosferă poluată care adsoarbe o mare parte din razele ultraviolete.

638. Administrarea de vitamină D, pentru a fi eficientă ca mijloc profilactic, trebuie:

— să fie începută cît mai precoce;

— să se facă neîntrerupt, în toate anotimpurile (și vara!), în cursul primului an de viață;

— să se efectueze numai după prescripția medicală;

— să se individualizeze dozele.

Mod de administrare. Nu există o opinie unică asupra dozelor, căii și modului de administrare a vitaminei D.

Suplimentul de vitamină D necesar sugarilor sănătoși este de 400—1 000 unități pe zi. Un miligram de vitamină D_2 sau de vitamină D_3 este echivalent cu 40 000 unități. Vitamina D_2 și vitamina D_3 au o acțiune preventivă aproape identică.

Nevoile de vitamină D depind de o serie de factori, dintre care se pot cita:

— gradul de maturitate cu care se nasc copiii (prematurii necesită doze mai mari și administrate precoce);

— ritmul de creștere (sugarii care cresc brusc și cu mai mult de 750 g pe lună necesită doze mai mari);

— gradul de latitudine geografică, clima, anotimpul;

— condițiile de locuit, alimentația (naturală sau artificială), obiceiurile familiei, scoaterea sugarului la aer;

— gradul de poluare a atmosferei (la orașe rahitismul îmbracă forme mai grave);

— pielea mai pigmentată lasă să pătrundă în organism mai puține raze ultraviolete.

Administrarea de vitamină D se va face, deci *individualizat, ceea ce necesită o conlucrare conștientă a părinților cu medicul și asistenta de ocrotire*. Manifestările de început ale rahitismului sînt discrete; de spiritul de observație al mamei și de gradul de colaborare între medic-asistenta de ocrotire-mamă depinde succesul profilaxiei și eventual, al tratamentului corect și precoce al rahitismului.

Administrarea preparatelor de vitamină D se va face în funcție de conștiinciozitatea mamei și de felul supravegherii medicale. Se pot întîlni patru eventualități:

Scanned with OKEN Scanner

a) *La sugarii care sînt supravegheați în mod periodic de medic și de asistenta de ocrotire de la circumscripția de pediatrie și ale căror mame respectă riguros sfaturile medicului* se poate aplica metoda care este apreciată ca cea mai bună; *să se dea zilnic doza utilă de vitamină D, sub formă de picături;* numărul de picături va fi fixat de medic. La copilul născut la termen, administrarea se începe din a 14-a—21-a zi de viață. Doza zilnică medie este de 1 000 U.I., dată fără întrerupere.

b) *La sugarii care sînt urmăriți periodic de către medic și asistenta de ocrotire, dar a căror mame nu respectă prescripțiile medicale (din lipsă de timp sau prin indisciplină)* se administrează sub formă injectabilă, cîte 200 000 unități (1/2 din fiola de vitamine D_2, de 400 000 u; 1/3 din fiola de vitamina D_3 de 600 000 U.), în a 7-a zi de viață la prematuri și în a 14-a—21-a zi la copiii născuți la termen. Ulterior, această doză se repetă la 6 săptămîni—2 luni (la sfîrșitul lunii a II-a, a IV-a și a VI-a etc.). La sugarii păstoși și cu creșteri mari în greutate, precum și la cei expuși prea puțin la aer, medicul va indica creșterea dozei și micșorarea intervalelor dintre injecții, în mod individualizat.

c) *La sugarii care scapă supravegheri medicale* (unii copii din mediul rural, copii care aparțin familiilor cu domiciliu flotant, transplantate recent în orașele mari industrializate), prima doză de vitamină D (200 000—300 000 U.) se va administra în ziua cînd sînt externați din maternitate. Ulterior, cînd se prezintă la dispensar sau sînt internați în spital, se va administra o doză mai mare (300 000 U.), iar dacă rahitismul s-a instalat se poate crește doza la 400 000—600 000 U.

d) *La prematuri*, profilaxia de durată, cu administrare zilnică, se începe între a 3-a și a 10-a zi, deoarece osificarea și creșterea au de recuperat un deficit important în decursul primelor luni de viață. Pentru acoperirea nevoilor de osificare sînt necesare, zilnic;

— 1 500—2 000 U.I. vitamină D;
— 90—120 mg/kilocorp calciu;
— 60—90 mg/kilocorp fosfor.

Practic, alături de vitamina D, la prematurul cu greutate sub 1 500 g se va da, tot pe gură, 1 g gluconat de calciu (o fiolă de 10 ml).

În cazul în care se va apela la terapia de șoc se prescriu cîte 5 mg (200 000 U.) vitamină D_3, în a I-a, a III-a și a VI-a săptămînă de viață. După ce s-a ajuns la o greutate de 3 000 g, se vor respecta indicațiile menționate la copilul născut la termen.

e) În cazul în care la maternitate s-a administrat deja o primă doză de 200 000 U.I. vitamină D pe cale injectabilă, la domiciliu se va relua tratamentul profilactic pe gură, după 30 de zile, sub formă de picături sau de tablete.

Este foarte important să se noteze, *în fișa medicală de la circumscripție și în „caietul sugarului" de la sfîrșitul volumului, prescripțiile de vitamină D, cu precizarea datei la care s-au efectuat.* Această precauție permite să se evite administrarea prea apropiată a unor doze mari, ceea ce poate declanșa accidente de supradozare.

639. Supradozarea vitaminei D. Semnele de alarmă ale intoxicației prin vitamină D sînt: lipsa de poftă de mîncare; vărsăturile; constipația; setea; neliniștea; poliuria; oprirea creșterii în înălțime, iar în formele mai avansate, leziuni ale rinichilor.

Scanned with OKEN Scanner

Intoxicația cu vitamină D a apărut datorită întrebuințării fără discernămînt a tratamentelor de șoc cu doze de 400 000—600 000 unități. În unele țări (Marea Britanie, Elveția, Republica Federală Germania și Franța), un rol important în apariția cazurilor de intoxicație cu vitamină D l-au avut produsele industriale de hrană pentru copii cu adaosuri de vitamină D.

Evitarea supradozărilor de vitamină D se realizează prin:

— individualizarea dozelor de vitamină D de la caz la caz;

— administrarea — atunci cînd avem de-a face cu mame disciplinate — în doze mici, corespunzătoare nevoilor zilnice;

— nedepășirea a 200 000 U.I. pe doză, în cazul administrării sub formă de injecții;

— ținerea unei evidențe precise de către medic și asistenta de ocrotire, în fișa medicală, a cantităților de vitamină D primite de copil.

640. Untura de pește nu se utilizează la sugar, deoarece poate declanșa diarei grave. Multe preparate de untură de pește nu sînt standardizate în ceea ce privește conținutul exact în vitamină D. Gustul rău este un alt impediment în utilizarea la sugar și copilul mic.

641. Profilaxia cu raze ultraviolete nu s-a putut impune nici la noi și nici în străinătate, ca măsură generală, din motive organizatorice.

Expunerea la lămpile mici de raze ultraviolete, de uz casnic, se face cu 2—3 ședințe pe săptămînă, după cum urmează (din timpul de expunere, jumătate se face pe față și jumătate pe spate):

Prima ședință	— distanța	100 cm,	4 minute.
Ședința a 2-a	— distanța	100 cm,	4 minute.
Ședința a 3-a	— distanța	90 cm,	6 minute.
Ședința a 4-a	— distanța	80 cm,	8 minute.
Ședința a 5-a	— distanța	80 cm,	8 minute.
Ședința a 6-a	— distanța	80 cm,	8 minute.
Ședința a 7-a	— distanța	80 cm,	10 minute.
Ședința a 8-a	— distanța	70 cm,	10 minute.
Ședința a 9-a	— distanța	70 cm,	14 minute.
Ședința a 10-a	— distanța	70 cm,	14 minute.
Ședința a 11-a	— distanța	70 cm,	16 minute.
Ședința a 12-a	— distanța	70 cm,	16 minute.

În cazul lămpilor mici se vor folosi instrucțiunile respective. Schema poate fi modificată și în funcție de sensibilitatea cutanată (pielea blonzilor este mai sensibilă) sau de reacțiile generale (agitație, micșorarea apetitului și insomnia sînt semne de alarmă).

Ochii se protejează cu ochelari de sticlă opacă (pericol de keratită).

642. Cura heliomarină se indică la copiii mai mari. La sugar, nu este indicată trimiterea pe litoral, avînd în vedere riscul insolației, al diareilor de vară și pericolele la care este expus sugarul în timpul călătoriilor lungi.

643. Prin profilaxie „mută" se înțelege administrarea de produse alimentare pentru sugar, îmbogățite cu vitamină D, în doze fiziologice. Tulburările prin supradozare, care au apărut în Marea Britanie și unele orașe din Occident a făcut ca să fie părăsită aproape complet. Mai mult, în unele țări, ca Republica Federală Germană, nu se mai permite în momentul de față o vitaminizare D a produselor alimentare pentru sugar.

Scanned with OKEN Scanner

644. Administrarea de calciu. Profilaxia rahitismului comun se bazează pe un supliment adecvat de vitamină D, dar și pe un aport suficient de fosfor și de calciu. Nevoile sugarului trebuie să fie asigurate dinainte de naștere: mama are nevoie de un regim echilibrat, care să-i aducă cel puțin 1 500 mg calciu pe zi, ceea ce este realizat cu ușurință printr-un regim bogat în produse lactate.

Nou-născutul normal are nevoie de circa 40 mg calciu pe kilocorp și pe zi 60—80 mg/kilocorp/zi de fosfor. În regulă generală, aceste nevoi sînt acoperite de alimentația lactată.

Conținutul în calciu al cîtorva alimente:

— Lapte de femeie	35 mg/100 g
— Lapte de vacă	125 mg/100 g
— Lapte praf	1 300 mg/100 g
— Unt	16 mg/100 g
— Cartofi	14 mg/100 g
— Spanac	87 mg/100 g
— Morcov	41 mg/100 g
— Carne	10 mg/100 g
— Ou	54 mg/100 g
— Fructe	10—40 mg/100 g.

La prematur, calciul furnizat de alimente este insuficient, deoarece între 7 luni și termenul nașterii conținutul în calciu al fătului este multiplicat cu 4, iar în ultima lună se dublează. În această situație, calciul din laptele de mamă (calciu = 350 mg/litru; fosfor = 150 mg/litru) se dovedește insuficient. De aceea, pe lîngă o cantitate de 1 500—2 000 U. vitamina D se va da zilnic și un supliment de calciu de 200 mg.

La prematurul alimentat cu lapte de vacă (calciu = 1 250 mg/litru; fosfor = 1 000 mg/litru), suplimentul de calciu nu este indispensabil.

645. Manifestările rahitismului. Rahitismul carențial se observă, obișnuit, între 3 luni și 18 luni.

Tabloul clinic este dominat de manifestările osoase, la care se adaugă o hipotonie a mușchilor și ligamentelor și diverse tulburări.

a) *Deformările osoase* sînt nedureroase și simetrice, avînd sediul în zonele de creștere activă.

La craniu se pot ivi;

— *Craniotabesul.* Se descoperă printr-o palpare sistematică a regiunii parietooccipitale, sub forma unui ramolisment elastic, dînd senzația palpatoare a unei mingii de celuloid.

— *Întîrzierea închiderii suturilor și fontanelelor.* În mod normal, suturile sagitale nu se percep decît timp de cîteva săptămîni după naștere; fontanela anterioară se închide între 12 și 15 luni.

— *Diferite deformări* ale boltei craniene sînt atribuite rahitismului, fără relație sigură.

— Apariția dinților ține mai mult de un factor moștenit. Numai o apariție extrem de tîrzie, asociată cu alte semne osoase, poate fi pusă pe seama rahitismului.

La *nivelul toracelui* se întîlnesc:

— *Mătăniile costale*, realizate de prezența unei serii de nodozități simetrice la locurile de întîlnire ale cartilajelor și oaselor costale, aliniate pe o linie oblică în jos și în afară.

Scanned with OKEN Scanner

— *Deformările toracice*, dintre care mai frecvente sînt:
— turtire anteroposterioară prin ramolirea axelor costale;
— toracele „în pîlnie", cu gîtuiri submamelonare, proiectarea anterioară a sternului, lărgirea bazei toracelui prin hipotonia mușchilor respiratori și abdominali.
— *Coloana vertebrală* este rar atinsă. Este vorba mai ales de o cifoză (gr. *Ky-*

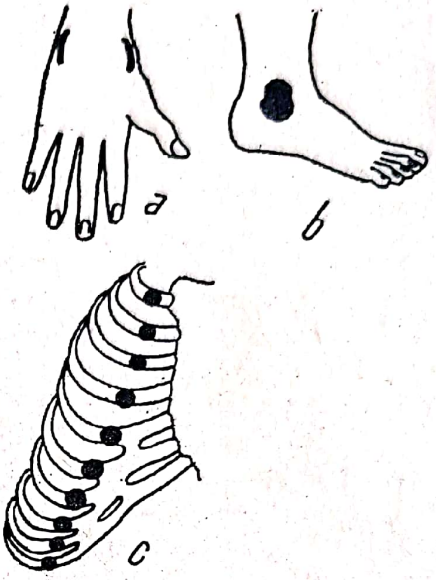


Fig. 111. Modificări scheletice în rahitism:
a) îngroșarea epifizelor oaselor antebrațului; b) îngroșarea la nivelul maleolelor; c) îngroșarea articulațiilor condrocostale (mătănii costale).

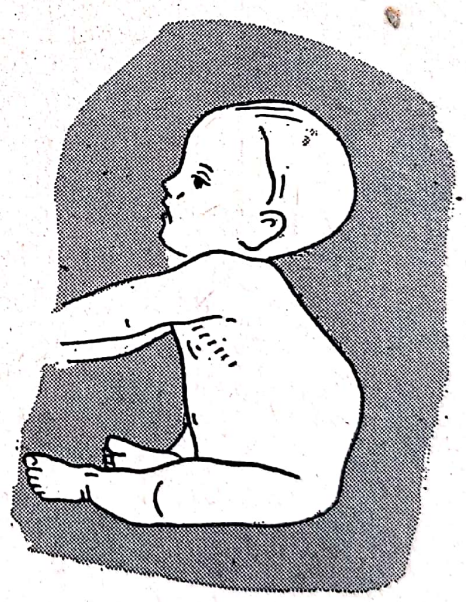


Fig. 112. Sugar cu cifoză rahitică și mătănii costale.

phosis = curbură) dorsolombară, adică o deformare cu convexitatea posterioară, datorată hipotoniei mușchilor spatelui.

La nivelul *membrelor:*

— Brățările epifizare se simt la palpare (cîteodată sînt vizibile), în partea distală a antebrațelor, deasupra apofizei stiloide a radiusului.

— La gleznă se simte un burelet osos, sub formă de maleolă dublă.

Scanned with OKEN Scanner

Deformările diafizare pot să apară în formele de rahitism avansat, mai ales la membrele inferioare, cînd sugarul începe să se sprijine în picioare;

— „genu varum", cu aspect de gambe „în paranteză";

— „coxa vara", prin deschiderea unghiului format de gîtul și diafiza femurului, cu mers „de rață".

b) *Semnele musculoligamentare* sînt constante și joacă un rol în geneza deformărilor.

Hipotonia musculară este precoce și importantă, interesînd toți mușchii. Ea este responsabilă de:

— *întîrzierea motorie*: copilul își ține capul, stă pe șezut, se sprijină și merge mai tîrziu;

— abdomenul este mare, moale, îmbrăcînd uneori aspectul de „abdomen de broască".

Laxitatea ligamentară este exagerată, ceea ce are ca efect o mărire a amplitudinii mișcărilor pasive ale membrelor.

c) *Semne radiologice*. O ușoară atingere radiologică interesează ansamblul scheletului, dar predomină în zonele de creștere maximă. Numai medicul este în măsură să indice necesitatea unui examen radiologic.

d) *Semne biologice*. Cantitatea de calciu în sînge (calcemia) este sub 80 mg‰ (normal = 90—110 mg‰), în aproape jumătate din cazurile de rahitism, mai ales la începutul evoluției.

Fosfatemia este scoborîtă la 20 mg‰ (maximul 50—60 mg‰ în majoritatea cazurilor).

Fosfatazele alcaline sînt crescute moderat în trei sferturi din cazuri.

Eliminarea de calciu prin urină (calciuria) este scăzută în majoritatea cazurilor.

Fosfaturia este scăzută la jumătate din cazuri.

646. Tratamentul curativ constă în administrarea zilnică de 5 000—10 000 unități, timp de 2 luni, apoi de 2 000 u. zilnic, timp de 6 luni. Mai simplă, dar cu un efect mai nesigur, este administrarea prin injecție a unor doze unice de 400 000 u. (10 mg) la intervale de 45 de zile, pînă la vindecare. Fixarea și individualizarea dozelor se fac de către medic.

În plus, se vor corecta greșelile dietetice, se va scoate copilul la aer și se va asigura un surplus de calciu în caz de *tetanie* sau de *demineralizare importantă*.

Tratamentul rahitismului se va face la indicația medicului, de către sora de cabinet sau de către asistenta de ocrotire. Nu se va da *fiola mamei*, lăsînd *la inspirația acesteia dacă și cînd se va face administrarea de vitamină D*.

Copiii rahitici trebuie urmăriți printr-o evidență specială, cu înregistrarea periodică a evoluției și cu notarea conștiincioasă a tratamentelor efectuate.

Anemia hipocromă prin carență de fier

647. Este anemia cea mai frecvent întîlnită la sugar și copilul mic. Tulburarea de bază este scăderea cantității de fier din organism. Fierul fiind materialul de bază pentru sinteza hemoglobinei, anemia hipocromă (denumită și anemie „microcitară" sau „feriprivă" sau „nutrițională microcitară") se caracterizează prin scăderea proporțional mai mare a cantității de hemoglobină în comparație cu scăderea masei de eritrocite.

Scanned with OKEN Scanner

648. Cauzele apariției carenței de fier la sugar sînt:

— alimentația artificială începută timpuriu și exclusiv lactată;

— *prematuritatea*, prin rezervele scăzute de fier cu care se naște copilul înainte de termen;

— *gemelaritatea* (rezervele de fier furnizate de sîngele mamei, împărțindu-se între 2 copii, devin insuficiente);

— *existența unei anemii hipocrome la mamă încă din timpul sarcinii* (femeile cu sarcini numeroase, cu menstruații abundente sau care sînt subalimentate);

— diareile frecvente, mucoviscidoza și celiakia determină o tulburare în resorbția fierului;

— *alimentația cu exces de făinoase*, la sugarul mai mare de 4 luni, determină instalarea anemiei hipocrome printr-un dublu mecanism: tulburarea absorbției fierului și carența de proteine;

— *rahitismul și distrofiile* se pot însoți de o anemie moderată; deficitul de fier este asociat pluricarențelor alimentare (proteine, grăsimi, vitamine);

649. Manifestări clinice. Anemia feriprivă se instalează în general după 6 luni, la sugarul născut la termen, și în jur de 3 luni, la fostul prematur.

Prima manifestare este scăderea poftei de mîncare, cu toate că mulți copii nu au o greutate normală și sînt adesea supraalimentați cu lapte și/sau făinoase. În astfel de condiții, sugarii refuză o alimentație variată: merele rase, piureurile de legume, carnea, gălbenușul de ou, ceea ce antrenează prelungirea regimului defectuos responsabil de lipsa de aport de fier. Apariția anemiei agravează lipsa de poftă de mîncare și astfel se creează un cerc vicios care poate persista luni de zile.

Pielea și mucoasele devin palide.

Curba greutății începe să staționeze. Dezvoltarea psihică și motorie nu mai progresează; sugarul devine mai „leneș", uneori trist, alteori agitat, plîngăreț.

Copilul are o rezistență scăzută la infecții, care devin frecvente, cu evoluție trenantă, cu stări subfebrile sau chiar febrile prelungite.

În anemiile feriprive obișnuite, dimensiunile ficatului și splinei sînt în limite normale sau moderat mărite. Hepatosplenomegalia importantă asociată cu anemie hipocromă pune probleme de diagnostic diferențial și impune investigații suplimentare.

650. Semne hematologice. La sugar, hemograma constituie, în marea majoritate a cazurilor, examenul principal pentru diagnosticul anemiei feriprive.

Pînă de curînd, numărul eritrocitelor constituia criteriul de bază; ori, această numărătoare este foarte relativă (tehnica recoltării, numărătoarea în sine etc.). De altminteri, numărul de eritrocite este mult scăzut numai în anemiile hipocrome avansate.

Pentru aprecierea gradului unei anemii hipocrome se indică urmărirea următorilor parametri:

— *Dozarea hemoglobinei* (valorile sub 11 g/100 ml sînge venos, la copilul între 6 luni și 6 ani, trebuie considerate subnormale, conform indicațiilor Organizației Mondiale a Sănătății).

— *Examenul calitativ al eritrocitelor*, pe un frotiu colorat cu metoda May-Grűnwald-Giemsa, permite să se aprecieze: a) lipsa de încărcare cu hemoglobină, eritrocitele apărînd palide în zona centrală sau pe toată suprafața *(hipocromie)* și b) dimensiunile reduse ale eritrocitelor (microcitoză). Hipocromia și microcitoza sînt caracteristicile esențiale ale anemiei feriprive, indicînd o lipsă mai veche de fier. În anemiile

Scanned with OKEN Scanner

hipocrome avansate, eritrocitele au centrul deosebit de palid, luînd aspectul de inel („anulocite") sau de semn „de tras la țintă", prin prezența, în plus, a unui disc central de hemoglobină.

— Dacă există posibilități, *hematocritul* este un alt examen foarte prețios în fixarea gradului de anemie.

651. Tratamentul preventiv se începe încă din *perioada prenatală*. Gravida va primi un regim dietetic cu alimente ce conțin fier (ficat, ou, carne, fructe, zarzavaturi și leguminoase). În cazul în care hemograma indică o anemie (multipare, alimentație deficitară, metroragii) se va da mamei un preparat de fier (Glutamat feros, Feronat „Spofa", Glubifer).

Alimentația naturală, previne anemia mai bine decît alimentația artificială, fierul din laptele de femeie fiind mai bine absorbit.

Se va începe o diversificare timpurie și corectă: sucuri de fructe de la 6 săptămîni; pulpa de fructe după 8 săptămîni; supa și pireul de legume în lunile a III-a—a IV-a; oul și carnea în lunile a V-a — a VI-a.

La gemeni, prematuri și sugarii născuți din mame anemice se va începe adăugarea de fier de la vîrsta de 3 luni. Se va începe cu doze mici, crescîndu-se cu prudență, avînd în vedere că acești copii au o toleranță digestivă scăzută; la mulți sugari se observă tulburări după administrarea de preparate pe bază de fier.

Între 3 și 6 luni, la sugarii anorexici, palizi, cu îmbolnăviri în antecedente și cu stări subfebrile prelungite, se va face o hemogramă.

O dificultate mare care se ivește în calea tratamentului, la acești copii, este anorexia rebelă, manifestată îndeosebi la încercările de variație a regimului. Chiar înainte de începerea tratamentului cu un preparat de fier, se vor încerca următoarele mijloace:

— rărirea meselor;

— micșorarea cantității și concentrației laptelui și făinoaselor, la toate prînzurile;

— copilul nu va fi forțat să mănînce, iar prînzul nu va ține mai mult de un sfert de oră;

— va fi scos și ținut mai mult afară, la aer;

— se va administra zilnic o fiolă de vitamină C de 2 ml.

Dilúînd laptele și micșorînd cantitatea de făinoase, sugarul va începe să primească după cîteva zile și pulpa de fructe (mere rase), pireul de legume (de morcovi la început, apoi de cartofi), carnea fin tocată și gălbenușul de ou. Toate alimentele noi se dau la început în cantități mici și amestecate cu un aliment cu care copilul este obișnuit și pe care-l primea cu plăcere.

Numai după aceea se începe tratamentul cu un preparat de fier, ales dintre cele cu gust plăcut.

652. Tratamentul curativ. După instalarea anemiei, simpla administrare de alimente cu conținut mare în fier nu mai este suficientă.

Doza terapeutică de fier pentru sugari se stabilește în felul următor:

A) Pentru administrarea în *injecții intramusculare*, doza totală se calculează după formula:

$$\text{mg fier} = \frac{\text{Hb. normală} - \text{Hb. prezentă}}{100} \times 80 \times \text{greutatea copilului (în kg)} \times 3{,}4,$$

la care se adaugă 30% pentru refacerea depozitelor de fier. Doza zilnică la sugar este de 50 mg.

Scanned with OKEN Scanner

B) În *administrarea pe gură*, doza terapeutică este de 4,5 mg/kilocorp /zi.

Reticulocitele cresc după 3—5 zile.

Hemoglobina crește după 1—2 săptămîni.

a) *Administrarea pe gură*. În cursul tratamentului cu fier trebuie să se respecte următoarele indicații:

— La început, doza zilnică va fi mult mai mică decît doza utilă terapeutică, deoarece orice preparat de fier poate declanșa tulburări la unii copii: diaree, vărsături, uneori constipație sau diminuarea apetitului.

— Se atrage atenția mamei ca atunci cînd apare *diaree* să se suprime administrarea preparatului timp de cîteva zile și să se reia după aceea cu doze mai mici.

— Chiar dacă scaunele devin negre la culcare, iar dinții (la sugarii mai mari) capătă o nuanță mai închisă se continuă tratamentul cu fier.

— În timpul administrării de fier nu se vor da copilului, concomitent, preparate cu calciu sau cu fermenți digestivi (Triferment, Festal, Cotazym etc.), care împiedică resorbția fierului la nivelul intestinului.

— Preparatele de fier se resorb mai bine cînd se dau între mese, pe nemîncate; la copiii care le tolerează mai greu se pot da însă imediat după mese, pe stomacul plin. Pentru a evita incidentele este bine ca doza zilnică să fie fracționată în 2—3 prize.

— Unii autori asociază la tratamentul cu fier și administrarea de vitamină C (50—100 mg/zi), pe gură, sau de fructe citrice (lămîi, portocale).

Extractele hepatice nu sînt indicate în tratamentul anemiilor hipocrome ale sugarilor.

Injecțiile de vitamine din grupul B (B_1, B_6, B_{12}, Complex B) sau administrarea lor pe gură nu corectează anemiile prin carență de fier.

C) *Administrarea de fier injectabil* se va face numai la indicația medicului, la cazurile cu anemii hipocrome severe și la cei la care nu se poate utiliza calea digestivă (diarei recidivante, colită ulceroasă, sindroame de malabsorbție). Injecția cu preparate de fier se va face după o tehnică perfectă: a) se face o deplasare a straturilor superficiale, în sens longitudinal, cu indexul mîinii libere, înainte de a se introduce acul, pentru a se evita difuziunea emulsiei de fier în straturile periferice sau de-a lungul vaselor, nervilor sau aponevrozelor; b) se introduce mai întîi acul singur, pentru a nu se perfora vreun vas de sînge; c) se va respecta *riguros* locul de elecție al injecției, departe de traiectele nervilor și vaselor de sînge; d) se introduce acul profund intramuscular, iar înainte de a injecta substanța se mai aspiră încă o dată și apoi se injectează foarte lent. Dacă apare o roșeață locală sau durere violentă se întrerupe injecția; ulterior, se aplică o compresă rece. Reacțiile locale violente (roșeață întinsă, echimoze, dureri violente etc.) se datoresc, în marea majoritate, unor defecte de tehnică.

La sugar nu se indică administrarea intravenoasă.

În tot cazul, administrarea de fier injectabil este mai fiziologică și mai lipsită de efecte negative decît transfuziile de sînge (hepatită epidemică, incompatibilități sanguine cu efecte tardive la fetițe etc.).

La sugari, o mare parte din preparatele de fier dau tulburări și nu se pot folosi (Tonofer, la unii chiar Neoanemovit-ul).

Preparatele pe bază de fumarat feros (Feronat „Spofa") sau de fier polimaltozat („Ferrum Haussman"), folosite în ultimii ani la noi în țară, au dat rezultate bune. Și

Scanned with OKEN Scanner

în cazul folosirii acestor preparate se va începe cu doze mult mai mici decît doza utilă terapeutică, ajungîndu-se la doza utilă prescrisă din prospect (1 linguriță pe zi) după 10—15 zile.

Preparatele de fier *nu* se administrează sub vîrsta de 3 luni și nici la sugarii febrili.

O primă hemogramă de control se va face numai după 4 săptămîni de la începutul tratamentului.

Asistența nou-născutului în maternitățile mici*

A. Organizare și dotare

653. Secția de nou-născuți. Într-un spital cu profil general, o maternitate trebuie să cuprindă:

— o sală de naștere, cu 1—3 mese de naștere și un colț amenajat pentru reanimarea nou-născutului;

— unul sau mai multe saloane pentru mame-lăuze;

— 2 sau mai multe saloane de nou-născuți, cu posibilități de încălzire și umezire a aerului, de încălzire a apei;

— un oficiu, cu frigider;

— dulapuri pentru păstrarea instrumentelor și materialelor curate și sterile;

— o cameră-anexă cu recipiente pentru rufe murdare, unde se păstrează materialele necesare pentru curățenia și dezinfecția localului;

— un W.C., în care să fie și o chiuvetă cu apă curentă;

— o cameră cu dușuri, dacă este posibil cu apă caldă și rece;

— un salon (cameră mai mică) pentru supravegherea neîntreruptă (24 ore) a nou-născuților care au necesitat o reanimare mai laborioasă;

— biberonerie (sau cel puțin un lactarium), cameră separată pentru spălarea biberoanelor, oficiu pentru distribuirea preparatelor dietetice;

— cameră pentru medic;

— vestiar pentru cadre medii.

— *Camera de observație a nou-născutului.* În imediata apropiere a sălii de naștere ar fi bine să existe o încăpere pentru supravegherea neîntreruptă a nou-născutului, timp de 24 de ore, dotată cu tot ce este necesar pentru reanimare.

În spitalele cu profil general, maternitățile trebuie să fie izolate, datorită pericolului mare de infecții.

---

* În redactarea acestui subcapitol și a celui referitor la prematuritate s-au folosit îndeosebi materialele difuzate prin „Scrisorile metodologice" redactate de Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului din București, precum și lucrările simpozioanelor ce se țin periodic la Waldensee referitoare la nou-născut și prematur și capitolul despre nou-născut din volumul „Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege für Schwestern" de M. Hertl, Ediția a II-a, Ed. G. Thieme 1969.

Se adresează cadrelor care lucrează la nou-născuți (medici pediatri, moașe, asistente de pediatrie) și asistentelor de ocrotire.

Scanned with OKEN Scanner

Comunicarea între saloanele lăuzelor și salonul nou-născuților va fi cît mai scurtă, fără încrucișări cu circuitul bolnavilor.

Ideal este ca fiecare secție de nou-născuți să fie prevăzută cu mai multe camere, cu un număr mai mic de copii (de exemplu, 4 nou-născuți). În acest fel se poate face externarea în sistemul ciclic zis și al „cohortelor", adică 4 copii născuți în aceeași zi se externează concomitent și încăperea se dezinfectează; nou-născuții proaspeți nu vin în contact cu cei ce urmează să fie externați, evitîndu-se una din modalitățile de infecții interioare.

Cu ajutorul razelor ultraviolete se combate parțial conținutul în germeni al microflorei din încăpere. Camerele se aerisesc bine, avînd grijă însă ca accesul de aer curat să se facă fără a se produce curent.

Temperatura va fi constantă.

Dacă este posibil, un salon va fi destinat pentru izolarea copiilor suspecți de infecții sau a celor născuți în afara maternității. Salonul de izolare ar trebui să aibă la intrare o anticameră cu posibilități de spălare și echipare cu haine de protecție. Biberoanele și tetinele folosite la izolator se spală și se sterilizează separat, pentru a se evita intrarea în circuitul general al secției de nou-născuți.

654. Practica arată că succesul asistenței nou-născutului este strîns legat de:

— dotarea secției respective;

— organizarea procesului de terapie intensivă și de

— precocitatea și corectitudinea instituirii măsurilor de reanimare.

Medicul obstetrician, asistenta de obstetrică, medicul pediatru și asistenta pediatră din schimbul respectiv sînt datori să procedeze rapid și eficient. Se impune o bună cunoaștere și o stăpînire a tehnicilor. Cînd sînt îndeplinite aceste premize se asigură reanimarea definitivă a unui procent ridicat de nou-născuți. La cei cu probleme deosebite se evită, cel puțin, agravarea stării copilului pînă la transferul lui într-un serviciu specializat.

În dotarea unei case de naștere și a maternităților mici trebuie să existe:

— paturi sau coșulețe pentru copii;

— lenjerie de corp și de pat pentru copii și mame (spălate și depozitate în bune condițiuni);

— halate, bonete (baticuri) și măști pentru mame;

— echipament de protecție pentru personal (care trebuie să fie mereu curat și folosit numai în casa de nașteri);

— căzi mici sau ligheane de plastic, pentru toaleta copiilor (posibilități de spălare și pentru mame și personal);

— instalație de încălzire și fierbere a apei (aragaz, reșou electric);

— recipient (cu pedală) pentru rufe murdare;

— veselă pentru copii (căni, biberoane, linguriță etc.), apăsătoare de limbă;

— instrumente pentru măsurători: termometre, cîntar, pediometru, centimetru de pînză;

— materiale pentru identificarea copilului (brățară, colier — pe care se scrie numele copilului).

— sonde Nelaton nr. 12—14 sau catetere de polietilenă nr. 8—10, sterile;

— ventilatoare manuale cu mască (tip Ambu, ș.a.);

— aspirator de secreții (electric sau manevrabil cu piciorul);

Scanned with OKEN Scanner

— 1—2 tuburi de oxigen, cu posibilități de adaptare la mască sau cort;
— truse sterile pentru pensarea, secționarea și ligaturarea cordonului ombilical;
— casolete cu comprese, vată și mănuși chirurgicale sterile;
— stative, flacoane sterile, ace, catetere și tot ce este necesar pentru instalarea unei perfuzii;
— seringi și ace (foarte important: seringi de 1 și 2 cm^3);
— săpun; detergenți; prosoape; cîrpe de șters;
— medicamente și soluții dezinfectante; alcool 70°, tinctură de iod, Bromocet, cloramină, var cloros;
— pompe pentru pulverizarea dezinfectantelor;
— vaccin B.C.G., seringi speciale și ace intradermice;
— perne electrice; sticle cu șurub ce pot fi folosite la încălzire;
— hidrocortizon hemisuccinat;
— cofeină, Karion (Micorène) — fiole; adrenalină soluție $1‰$ — fiole;
— calciu (gluconic, clorat) — fiole; penicilină G crist., ampicilină inj.;
— glucoză: sol. 20% (fiole), sol. 5% (preparată în farmacia spitalului din apropiere); — sol. 1% nitrat de argint (păstrată în sticle de culoare închisă și schimbată la 2—3 zile); — ser fiziologic steril (fiole) — bicarbonat de sodiu sol. semimolară 4,2% sau molară 8,4% (dacă este posibil).

Pentru fiecare copil trebuie să existe termometru, linguriță, cană, pipetă, biberon, apăsător de limbă etc.

În afara curățeniei zilnice, masa de travaliu trebuie spălată și dezinfectată după fiecare naștere, iar patul copilului și al mamei, după externare; rufăria de corp și de pat trebuie schimbată ori de cîte ori este necesar.

În sfîrșit, într-o casă de nașteri trebuie să mai existe:
— condică-registru de evidență a nou-născuților;
— fișe — foi de observație a nou-născuților, în care se notează datele clinice amintite, inclusiv scorul Apgar;
— serviciul cadrelor medii organizat, dacă este posibil, în ture;
— un telefon, a cărui existență în acest loc este de importanță extremă.

655. Secția de prematuri. Dacă în apropiere nu există o unitate profilată pentru prematuri, trebuie înființate saloane special amenajate în cadrul maternității. Secția de prematuri este izolată strict de secția de nou-născuți normali. Personalul din această secție nu va fi folosit în alte secții și nici la îngrijirea lăuzelor *(Vezi și punctul 692)*.

656. Încadrarea cu personal. Activitatea medicală (avînd ca obiective scăderea indicilor de morbiditate și mortalitate) presupune o colaborare strînsă între obstetricieni, anesteziști, pediatri și cadre medii.

Se recomandă ca la nașterea unui copil periclitat să asiste atît osbstetricianul, cît și pediatrul.

Medicul răspunde de modul în care se desfășoară întreaga activitate în secție, organizează munca de educație sanitară, examinează nou-născuții și indică zilnic alimentația.

Întregul personal de îngrijire este supus unui examen medical minuțios, la angajare și periodic (după indicațiile Inspectoratului Sanitar de Stat). Radioscopia pulmonară, exsudatul faringian și coprocultura se fac automat ori de cîte ori există suspiciunea unor infecții interioare. Personalul cu infecții acute ale căilor respiratorii, cutanate (furuncule), orgelet se exclude din secția de nou-născuți și din biberonerie, pe cît posibil încă din perioada prodromală. Purtarea măștii de tifon nu reduce contagiozitatea, nici în cazul purtătorilor sănătoși, dar măștile confecționate din hîrtie impermeabilă (plastic) protejează copilul de contagiunea prin aerul respirator al purtătorilor.

Scanned with OKEN Scanner

B. Diagnosticul stării copilului în momentul naşterii

657. Starea clinică. S-au propus diferite metode pentru a se aprecia starea unui nou-născut imediat după naştere.

Metoda cea mai răspîndită la ora actuală este determinarea scorului APGAR, numit astfel după numele australianei Virginia Apgar, care a imaginat această schemă.

658. Scorul Apgar (în unele manuale: indice sau cifră) permite o informare rapidă şi cuprinzătoare asupra adaptării funcţiilor vitale la condiţiile de viaţă extrauterină. Parametrii de urmărire sînt:

— culoarea tegumentelor;
— mişcările respiratorii;
— bătăile inimii;
— tonusul muscular;
— reflectivitatea (răspunsul la anumiţi excitanţi).

Informaţiile culese se notează în raport cu îndepărtarea lor faţă de normal, cu cifre de la 0 la 2. Înregistrarea lor pe tabel la 1 minut, 3 minute, 5 minute şi 10 este suficientă pentru aprecierea unei reanimări rapide şi eficiente, ilustrînd tendinţa la normalizare a stării copilului (W. Dick şi colab.). La copiii cu cifre necorespunzătoare (sub 8), se va proceda la o urmărire mai prelungită (15 şi 20 de minute).

Clasificarea sumară după scorul APGAR prevede următoarele categorii şi atitudinii terapeutice:

Scorul APGAR 0—3: asifixie gravă — se impune un tratament imediat şi intens.

Scorul APGAR 4—7: asifixie medie, funcţii vitale profund afectate; uneori necesită reanimare complexă. Alteori sînt suficiente aspirarea nasofaringiană, respiraţia cu mască, oxigen şi corectarea acidozei.

Scorul APGAR 8—10: Nou-născuţii au o vitalitate normală; nu necesită reanimare.

După externarea din maternitate, *la dispensar, copiii născuţi cu scor Apgar sub cifra 7 se trec în evidenţă specială, urmărindu-se cu atenţie evoluţia în timp de către pediatrul de circumscripţie şi asistenta de ocrotire.*

TABELUL VII

Aprecierea viabilităţii nou-născuţilor după APGAR

Numărul punctelor	0	1	2
Coloraţia tegumentelor	Albastre sau palide	Trunchiul rozat, extremităţile albastre	Coloraţie roză uniformă
Mişcările respiratorii	Absente	Neregulate, plîns slab	Regulate, plîns viguros
Bătăile inimii	Absente	Rare, sub 100 pe minut	Peste 100/minut
Tonusul muscular	Flasc	Tonus moderat, extremităţile se flectează incomplet	Tonus bun, membrele se flectează complet, mişcări active
Reflectivitatea (se cercetează prin reacţia copilului la excitanţi)			
a) reflexele copilului la sonda de dezobstruare sau de administrare a oxigenului	Absentă	Strîmbă faţa (grimasă)	Tipăt, tuse sau strănut
b) excitaţie la nivelul tălpilor	Absentă	Mişcare slabă	Copilul ţipă

Scanned with OKEN Scanner

659. Scorul Silvermann. Cînd tabloul clinic este dominat de tulburări respiratorii se apelează la schema Silvermann care permite un diagnostic de orientare asupra funcției pulmonare. Cifra totală 0 arată că nu există o simptomatologie asfixică. Totalul de 10 puncte ilustrează o perturbare maximă a funcției respiratorii. Între ele se situează formele de gravitate medie și ușoară.

TABELUL VIII

Scorul Silvermann

	toracele superior	toracele inferior	retragerea apendicelui xifoid	bătăile aripilor nasului	zgomot expirator
Grad 0	mișcări de ridicare	nu este afectat	absentă	absentă	absent
Grad 1	în inspirație, mișcare încetinită	abia vizibil	abia schițată	moderate	se percepe numai cu stetoscopul
Grad 2	toracele coboară abdomenul se ridică	net vizibil	net vizibilă	pronunțate	se percepe cu urechea liberă

Vitalitatea unui nou-născut depinde în primul rînd de funcția respiratorie și circulatorie.

Instalarea respirației spontane are loc imediat după nașterea copilului, cel mai tîrziu la 1 minut după secționarea cordonului.

660. Scorul Saling. În 1965, Saling recomandă modificarea schemei APGAR: 1) imediat după naștere să nu se numere frecvența cordului, ci turgescența cordonului ombilical și 2) să se renunțe la controlul reflexelor osteotendinoase, deoarece în acest moment reflexele țin de tonusul muscular. Se apreciază deci patru factori puri vizuali și se notează într-o schemă care totalizează 12 puncte.

TABELUL IX

Scorul Saling

	3	2	1	0
Cordonul ombilical	ferm, elastic, turgescent	—	umplere medie	flasc
Coloratia tegumentelor trunchiului	roză	albastră	palid-albastră	palidă
Tonus și mișcări	foarte vii, puternice	bune	scăzute	lipsesc
Respirații pînă la 1/2 min. *post partum*	țipăt și respiră	netulburat (singulară sau fără țipăt)	tulburată	lipsește

Apreciere: 9—12 puncte = stare optimă
5— 8 puncte = stare satisfăcătoare sau ușoară depresiune
0— 4 puncte = depresiune medie pînă la foarte gravă.
Timpul necesar — circa 1 minut.

Scanned with OKEN Scanner

C. Îngrijirea imediată a nou-născutului sănătos (în sala de naştere)

Măsurile imediate de îngrijire se adaptează *în funcţie de evaluarea scorului APGAR.* Înregistrarea scorului APGAR se face iniţial la un minut după naşterea copilului. Concomitent se procedează la *aspiraţia secreţiilor din bucofaringe şi fosele nazale şi se secţionează cordonul ombilical.*

661. Eliberarea (permeabilizarea) căilor respiratorii se face imediat după expulzie prin aspiraţia secreţiilor din cavitatea bucală, faringe şi fosele nazale cu ajutorul unui cateter de polietilenă nr. 8 sau nr. 10 steril.

Este foarte important să se respecte această ordine în aspiraţie pentru că orice excitaţie a mucoasei pituitare poate declanşa în mod reflex o inspiraţie profundă. Conţinutul faringian sau bucal poate fi astfel aspirat în plămîn. Aceste măsuri simple vor fi efectuate prudent şi cu multă blîndeţe.

Materialele necesare pentru această manevră sînt:

a) Sonda de aspiraţie Nélaton, care trebuie să fie suplă şi de calibru potrivit. Sondele rigide determină adesea leziuni sîngerînde ale mucoasei şi edematiere locală. Asemenea leziuni pot genera complicaţii serioase şi pot îngreuna o eventuală intubaţie care ar fi necesară ulterior.

Sonda trebuie să fie suficient de lungă (pentru a permite şi aspiraţia gastrică), să aibă o extremitate netedă terminată cu un orificiu mic şi alta dilatată pentru a se adapta etanş la sursa de aspiraţie şi, în sfîrşit, să aibă intercalat un picurător sau un tub de sticlă.

b) Sursa de aspiraţie poate fi: aspiratorul electric, aspiratorul manevrat cu gura sau aspiraţia cu gura.

Tehnică. Capul nou-născutului se fixează în poziţie declivă, cateterul ataşat la aspirator sau la gura reanimatorului se introduce cu blîndeţe, fără să se aspire; cînd sonda ajunge în regiunea faringiană se aspiră cîteva secunde, se retrage sonda pentru a elimina secreţiile aspirate şi a se curăţa cu ser fiziologic steril; apoi se reîncepe manevra (după indicaţiile I.O.M.C.).

Nu se va uita sondarea esofagului şi aspiraţia conţinutului gastric, în scopul dublu de a depista precoce o atrezie esofagiană şi de a preveni o regurgitaţie cu aspiraţie consecutivă de conţinut gastric.

662. Pensarea şi secţionarea cordonului ombilical. Atît pensarea imediată cît şi cea tardivă a cordonului ombilical nu par să fie net superioare una faţă de cealaltă la nou-născuţii la termen, sănătoşi. Practic, cordonul va fi pensat şi tăiat imediat după terminarea aspiraţiei nazale şi bucofaringiene. Ulterior se va lega strîns, cu aţă specială sterilă, la o distanţă de 2—3 cm de pielea abdomenului pentru a se putea practica o nouă ligatură în cazul unei hemoragii tardive.

La copiii născuţi prin *operaţie cezariană* (mai ales în cazul unor hemoragii prin *placenta praevia* şi dezlipirea prematură a placentei) se recomandă culcarea nou-născutului pe un plan mai jos situat decît nivelul placentei, secţionarea tardivă a cordonului ombilical şi, eventual, exprimarea conţinutului cordonului ombilical, către copil.

În eritroblastoză, în asfixia gravă, şi în cazul unui cordon ombilical colabat, secţionarea se face imediat după degajarea trunchiului.

Îngrijirile bontului ombilical sînt menite să accelereze procesul de cicatrizare. După ligatura cordonului se aplică puţin alcool 70° şi un pansament steril, care se fixează cu o faşă ombilicală, de preferat elastică şi care să nu se deşire (Vezi punctele 116 şi 117).

663. Profilaxia oftalmiei (procedeul Wilhelm Crédé) se face pentru a preîntîmpina apariţia conjunctivitei gonococice. După ce se îndepărtează secreţiile de pe pleoape cu comprese sterile înmuiate în ser fiziologic, se instilează în fiecare ochi în fundul de sac conjunctival nitrat de argint soluţie 1%, se face un masaj circular al pleoapelor şi la urmă se şterg ochii cu ser fiziologic.

664. Evitarea pierderii de căldură are o importanţă prognostică remarcabilă. S-a constatat o corelaţie sigură între scăderea temperaturii rectale şi mortalitate în decurs de o oră. În primele 3 minute după naştere se înregistrează o scădere hotărîtoare a temperaturii, deci în intervalul în care se efectuează îngrijirile imediate şi în care, eventual, se iniţiază primele măsuri de reanimare. Menţinerea temperaturii corporale se realizează prin aport exogen de căldură cu ajutorul unor radioatoare, şi prin cîmpuri sterile şi scutece încălzite în prealabil.

665. Tot în sala de naşteri, se **cîntăreşte copilul** şi i se fixează o brăţară de identificare.

Scanned with OKEN Scanner

D. Asistența nou-născutului în salonul de nou-născuți

Îngrijirile și observația asistentei (sorei de copii) trebuie să se bazeze pe o schemă, pentru a nu se trece cu vederea nici un amănunt.

665. Trecerea nou-născutului în salonul de nou-născuți se face imediat după efectuarea îngrijirilor și manevrelor amintite mai sus. Aci va fi instalat într-un pat încălzit în prealabil (scutece încălzite, sticle cu apă caldă). Dacă mai are încă secreții în căile respiratorii superioare, se vor aspira din nou, așezînd copilul cu capul în poziție declivă într-un unghi de circa 15°.

Se vor verifica din nou: sexul, identitatea, greutatea și se vor face măsurătorile (lungime, perimetre). După ce se termometrizează, se înregistrează în condica de nou-născuți.

666. Nou-născutul va fi observat periodic, notîndu-se în foaia de observație (de către medic) și în caietul de rapoarte (de către soră) următoarele:

a) Respirația. Urmărirea frecvenței respirației se va face în mod susținut. Frecvența respirației se reprezintă grafic sub forma unei curbe continue. Pentru aprecierea sa este important dacă numărarea respirației se face în somn sau în timpul plînsului nou-născutului. Se va observa felul respirației (de tip toracic sau abdominal) și se va urmări dacă există tiraj inspirator, dificultate în expirație, geamăt sau stridor.

După metoda recomandată de Miller la nou-născutul cu suferință la naștere se supraveghează respirația în modul următor:

— în prima oră din 15 minute în 15 minute;

— în următoarele ore din prima zi de viață, din 2 în 2 ore;

— la copii periclitați, notarea se face în continuare, la intervale similare; evoluția se reprezintă sub forma unei curbe.

În felul acesta se pot fixa 3 grupe de copii, cu prognostic diferit:

— *Prima grupă*, cu respirație normală: frecvența respirației se află, fără mari variații, în jur de 40/min.

— *A doua grupă*. Inițial copiii au o frecvență respiratorie crescută (în prima oră 60 respirații/min. sau mai mult), numărul respirațiilor revine la normal apoi scade, în decurs de cîteva ore sau în 2 zile, în urma tratamentului aplicat. La acești copii există de la naștere o suprasolicitare a respirației. Cauzele pot fi aspirația de lichid amniotic sau deplisarea insuficientă a alveolelor pulmonare (atelectazie).

— *A 3-a grupă* (cea mai periclitată). La început frecvența respiratorie este normală, dar în primele ore se produce o creștere la peste 60 de respirații/min. Mortalitatea este foarte mare dacă nu se aplică o terapie intensivă. Cauzele mai frecvente sînt bronhopneumonia și boala membranelor hialine pulmonare.

TABELUL X

Frecvența mișcărilor respiratorii pe minut, în funcție de vîrstă

Vîrsta	Frecvența respirațiilor
prematuri	40 — 60
nou-născuți	38 — 42
3 luni	30 — 35
6 luni	24 — 29
1 an	23 — 24
5 ani	18 — 22
15 ani	16 — 18
Adult	16 — 18

Scanned with OKEN Scanner

b) **Bătăile inimii** (frecvență, intensitate, regularitate).

c) **Coloraţia tegumentelor.** Nou-născutul sănătos are tegumente de culoare roz sau roșie. O ușoară cianoză a extremităților, în special la mîini și picioare, poate exista în prima zi fără o semnificație patologică. De o importanță deosebită este consemnarea precisă a momentului cînd apare icterul fiziologic.

d) Aspectul plăgii ombilicale (eventual sîngerări sau infecții).

e) **Temperatura corporală.** La copiii care suferă de hipoxie, hipotermia este mai prelungită decît în mod normal. Imediat după naștere copilul are 36—37°, iar la sfîrșitul primelor 24 de ore de viață temperatura sa se stabilizează la valori în jur de 37°C.

f) **Motilitatea copilului.** Nou-născutul sănătos este relativ activ și reacționează viu la stimuli, țipă viguros.

g) **Comportarea la alimentaţie.** Nou-născutul normal solicită masa prin plîns, suge viguros, înghite fără dificultate, nu varsă după masă și nu prezintă meteorism abdominal.

h) **Eliminarea de meconiu şi micţiunile.** Sora trebuie să înregistreze numărul și cantitățile. Lipsa de eliminare a meconiului și urinii în primele 24 de ore are o semnificație patologică.

i) În cazul administrării de O_2 sau a altor tratamente medicamentoase sora trebuie să consemneze exact orele la care se fac administrările.

667. Alimentaţia. În primele 2 ore de viață nu se dă nimic pe gură. În următoarele 12 ore: ceai zaharat 5% sau soluție de glucoză 5%, cîteva linguriţe (2—4) la 3 ore interval. La 24 de ore copilul este pus să sugă la sînul mamei. În ultimul timp toți autorii sînt de părere ca alăptarea să înceapă cît mai curînd după naștere.

La toți nou-născuții la termen se recomandă cu insitență alăptarea la sîn. Numa foarte puține femei sînt hotărîte să nu alăpteze sau prezintă agalactie veritabilă existența acesteia din urmă nu poate fi precizată decît în a 5-a —a 8-a zi după naștere

Nou-născutul ar trebui să beneficieze cel puțin de colostru, deoarece corespunde cel mai bine, prin conținutul său bogat în proteine, posibilităților de digestie din această perioadă. În primele zile de viață, mucoasa intestinală a nou-născutului este capabilă de a absorbi proteinele fără digestie prealabilă. În cazul alimentației artificiale cu lapte praf există, astfel, pericolul unei sensibilizări. Alte calități pentru care colostrul este superior laptelui de mamă matur și cu atît mai mult laptelui de vacă, sînt: conținutul crescut în lactoză, concentrație mare de baze, bogăția în vitamină A și vitamină C.

Calitățile laptelui de mamă sînt următoarele: nu se denaturează prin fierbere, lactalbumina sa este înrudită biochimic cu serumalbumina. Este ușor de digerat datorită coutinutului mic în cazeină, coagulează în grunji fini, grăsimile sale sînt bine tolerate; asigură nevoile în vitamine (în afară de vitamina D), este aseptic.

Medicului și cadrelor medii le revine sarcina de răspundere de a convinge pe mame de capacitatea lor de a alăpta. Din păcate acest lucru este desori pierdut din vedere.

Pregătirea psihică a gravidei în ultimele luni de sarcină în vederea alăptări i este aproape totdeauna urmată de succes (vezi și punctele 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144).

668. Rolul laptelui de mamă în apărarea nou-născutului față de infecții. Este cunoscută diferența care există — ca frecvență și gravitate — între infecțiile digestive ale sugarilor hrăniți artificial și ale celor cu alimentație naturală, dar este destul de greu de spus dacă aceasta ține de efectul binefăcător al alimentației naturale sau al unei contaminări crescute prin intermediul

Scanned with OKEN Scanner

alimentației artificiale. Totuși, multe observații sugerează rolul protector al laptelui de mamă împotriva infecțiilor digestive.

Pînă nu demult se considera că anticorpii din laptele de mamă nu se absorb prin peretele intestinului și, deci, că laptele de femeie nu diferă apreciabil, din punctul de vedere al apărării față de infecții, de preparatele industriale de lapte. Această opinie s-a schimbat de cînd s-a precizat că imunoglobulina IgA din laptele de mamă — care este antigenic diferită de IgA din ser — ar avea un efect de protecție antimicrobiană a mucoaselor.

Moleculele de IgA din lapte sînt mai rezistente la modificările pH-ului alimentației și la acțiunea enzimelor proteolitice decît IgA din ser, ceea ce le face capabile să acționeze în mediul intestinal.

IgA pot fi găsite în colostru în cantități de 20—40 mg/ml; după 2—4 zile ele scad la 1 mg/ml, dar creșterea secreției lactate poate compensa scăderea lor.

Anticorpii din laptele de mamă pot fi decelați și în intestinul sugarilor alimentați la sîn; s-a putut stabili o corelație între titrul coproanticorpilor și reducerea numărului de *b. coli* în scaun.

Laptele de mamă conține anticorpi împotriva germenilor *Escherichia coli* din grupa O, responsabili cu precădere de infecțiile neonatale. Septicemiile și meningitele cu *E. coli* apar mai frecvent la nou-născuții alimentați artificial.

Laptele de mamă conține, de asemenea, anticorpi antipoliomielitici. Fracțiunile IgA ar avea rol și împotriva streptococilor și pneumococilor.

Activitatea antimicrobiană a laptelui de mamă depinde nu numai de anticorpi, ci și de componentele sale enzimatice, celulare și proteice.

Am insistat mai mult asupra rolului laptelui de mamă în apărarea față de infecții a nou-născutului, întrucît, atît în străinătate, cît și la noi în țară, o dată cu apariția multitudinii de preparate industriale de lapte, multe mame și chiar asistente de pediatrie subapreciază superioritatea laptelui de mamă și indică sau acceptă cu multă ușurință trecerea la alimentația artificială.

669. Toaleta pielii. La primirea copilului în salonul de nou-născuți și apoi zilnic se face toaleta generală cu apă călduță și cu un săpun pentru copii. Se va insista îndeosebi la cutele pielii *(vezi tehnica la punctul 119)*.

670. Toate manevrele se fac după principiul **„menținerii temperaturii corporale"** (masa de înfășat și patul sau incubatorul încălzite în prealabil, lenjerie etc.). Cauzele scăderii inițiale a temperaturii corporale țin adesea de greșeli în îngrijirea nou-născutului. Menținerea nou-născutului insuficient îmbrăcat, numai timp de 15 minute, într-o încăpere cu 22° C, duce la scăderea temperaturii sale cu 1,8°C, iar la prematur cu și mai mult. Această prăbușire a temperaturii este recuperată cu dificultate, abia după 12 ore, chiar dacă îngrijirile ulterioare sînt corecte. Hipotermia întunecă prognosticul supraviețuirii la prematuri *(vezi și punctul 664)*.

Înainte de externarea din maternitate se face vaccinarea cu BCG la toți copiii cu greutatea de peste 2 500 g, după a V-a zi de viață *(vezi Tehnica vaccinării la punctele 596—602)*.

E. Reanimarea nou-născutului patologic la naștere

671. Pentru a ilustra starea de lucruri în această problemă, prof. G. Huault (Paris) arăta recent că, în fiecare an, în Franța 22 000 copii mor în momentul nașterii, iar 45 000 copii devin handicapați; la 1/3 dintre aceștia s-au dovedit condiții necorespunzătoare de asistență medicală la venirea lor pe lume, adică sînt copii care în mod normal ar fi avut o existență asemănătoare cu a celor sănătoși. Rezultă că în acest domeniu trebuie să se facă progrese importante.

Ameliorarea situației actuale ține în primul rînd de o profilaxie mai bună. Aceasta se bazează în special pe o educație sanitară a femeii gravide (vezi capitolul I punctele 1—51), pe depistarea de către obstetrician a sarcinilor cu risc crescut și apoi a orientării acestor femei către maternități specializate, unde ansamblul problemelor mamei și copilului vor putea fi rezolvate cu maximum de tehnicitate.

Scanned with OKEN Scanner

După indicațiile Institutului pentru ocrotirea mamei, următoarele categorii de gravide vor fi trimise la timp la maternități specializate (respectiv județene sau centre universitare):

— gravide sub 16 ani și peste 35 ani;
— gravidele cu afecțiuni medicale (boli de inimă, boli ale aparatului respirator, diabet zaharat etc.);
— gravidele cu sarcini toxice;
— gravidele cu incompatibilități Rh sau de grup sanguin (foarte important deci: determinarea grupului sanguin și Rh la toate gravidele!);
— gravidele cu bazine distocice, prezentații anormale etc.

*

Un alt aspect al luptei împotriva accidentelor la naștere se bazează pe inițierea și aplicarea tehnicilor de asistență neonatală pentru a se putea interveni la timp cînd survin dificultăți la o naștere.

Aproape în 9 din 10 cazuri, cu mijloacele de diagnostic și cu modul cum este organizată asistența gravidei, se pot prevedea cazurile în care vor apare probleme la naștere. Astfel de cazuri sînt cuprinse într-una din grupele mai sus citate.

Totuși există situații în care accidentul survine fără a fi fost bănuit și fără să se fi luat vreo măsură de prevenire.

De aceea este important ca oriunde are loc o naștere (casă de naștere, spitale mixte, maternități mici) să existe un minimum de materiale necesare și mai ales personal medical capabil să practice gesturile care salvează viața copilului. În acest program, anesteziștii-reanimatori joacă un rol de prim plan, deoarece ei posedă cea mai înaltă tehnicitate în asistență. În spitalele mixte unde există posturi de anesteziști-reanimatori tot lor le revine executarea acestor gesturi. Dar cum, în nici o țară a lumii nu există anesteziști la casele de naștere sau la spitalele mici, este bine ca aceste tehnici simple să fie învățate de:

— obstetricieni,
— pediatri,
— moașe,
— orice medic ce efectuează gărzi la un spital mixt.

*

672. Anoxia-hipercapnia, hipoglicemia și hipotermia sînt cele 3 mari primejdii ce amenință viața nou-născutului în primele secunde. Dacă se adaugă la acestea, faptul că specia umană se caracterizează prin volumul deosebit de mare al capului nou-născutului, se înțelege de ce creierul este organul cel mai amenințat în timpul nașterii. În acest context trebuie să se intervină cu tehnicile de reanimare pentru a scoate copilul dintr-o situație primejdioasă sau pentru a-l salva dacă este în pericol de moarte.

Cînd în cursul unei sarcini fătul „suferă", aceasta înseamnă că schimburile sale cu mama sînt mai mult sau mai puțin compromise:

— primește mai puțin oxigen,
— elimină mai puțin bioxid de carbon,
— primește mai puțină glucoză,
— are dificultăți în ce privește menținerea temperaturii corpului său.

Dovada cea mai obiectivă a suferinței fetale este acidoza metabolică. Aceasta este legată de o importantă lipsă de oxigen.

Suferința fetală este deci o moștenire de temut de care trebuie să se țină seama în cea mai mare măsură în procedurile de reanimare și, în consecință, să se intervină cît mai repede posibil. *Noțiunea de timp domină totul*! Creierul începe să prezinte leziuni distructive ireversibile cînd a suferit o anoxie (lipsă de oxigen) de 20 minute în perioada neonatală. Aceasta înseamnă că trebuie să se intervină rapid și eficace pentru ca la creier să ajungă un sînge bine oxigenat și lipsit de substanțe toxice.

S-a constatat că acidoza are consecințe deosebit de nefaste. Dezordinele nervoase și leziunile cerebrale sînt mai puțin grave atunci cînd se face o reanimare combinînd ventilația artificială și administrarea de substanțe-tampon în cantitate suficientă. De altminteri se știe că lipsa de oxigen și acidoza paralizează centrii respiratori; aceștia nu vor avea o funcționalitate normală decît atunci cînd sîngele care-i irigă este suficient de oxigenat și cu un pH normal.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru ca plămînul să-şi îndeplinească rolul său de oxigenator şi de epurator de bioxid de carbon, este indispensabil ca sîngele să pătrundă în el. În acest scop sînt necesare cîteva condiţii:

— Pătrunderea gazelor din exterior să se facă liber în alveole; de aci decurge importanţa *degajării* rapide a căilor respiratorii superioare şi inferioare (vezi punctul 661).

— Circulaţia gazelor se va asigura prin mişcări respiratorii; dacă acestea nu se produc este indispensabil să se realizeze artificial.

Din cele spuse mai sus rezultă că reanimarea nou-născutului se bazează pe următoarele principii de bază:

A) Dezvoltarea şi asigurarea unei ventilaţii alveolare prin:

a) Aspiraţia (permeabilizarea) căilor respiratorii, ventilaţie artificială şi oxigenoterapie.

b) Asigurarea unei circulaţii vitale minime, recurgîndu-se la masajul cardiac extern.

c) Neutralizarea acidozei metabolice, injectînd în torentul circulator 3—5 mEq/kg greutate de substanţe tampon. Cateterismul venos ombilical permite să se realizeze acest lucru foarte rapid.

B) La aceste 3 principii fundamentale se adaugă 3 noţiuni esenţiale:

a) Reanimarea nou-născutului este o cursă „contra-cronometru", mai ales dacă există o suferinţă fetală.

b) Prevenirea pierderii de căldură este foarte importantă.

c) Evitarea infecţiilor, lucrîndu-se cu o asepsie chirurgicală ca şi cînd ar fi vorba de un abdomen deschis.

673. Reanimarea respiratorie. Ventilaţia alveolară se realizează prin:

1) aspiraţie faringiană şi

2) ventilaţie artificială şi oxigenoterapie.

1. *Aspiraţia faringiană* s-a expus la punctul 661.

2) *Ventilaţia artificială de urgenţă* se practică prin metoda „gură la gură" sau „cu mască".

a) *Respiraţia gură la gură* este tehnica de ventilaţie artificială cea mai simplă şi care nu necesită nici un instrument; se practică în orice situaţie de urgenţă (vezi şi punctul 793, precum şi fig. 121, 122 şi 123.)

Pentru efectuarea ei trebuie îndeplinite două condiţii:

— căile respiratorii superioare trebuie să fie libere;

— presiunea de insuflaţie să fie redusă pentru a nu rupe pereţii alveolari.

Tehnică. Se începe cu aspiraţia nazofaringiană. Apoi se imprimă capului copilului o poziţie de hiperextensie (înclinat pe ceafă), cu maxilarul inferior ridicat. Medicul sau asistenta va aplica gura sa pe gura şi nasul copilului, realizînd o închidere cît mai etanş posibilă a acestora (prin intermediul a 2—3 comprese sterile). Apoi va insufla prin expiraţie în căile respiratorii superioare ale copilului, pînă cînd expansiunea peretelui toracic devine vizibilă. În al treilea timp, reanimatorul se va îndepărta de gura şi fosele nazale ale copilului şi va lăsa plămînii acestuia să se golească în mod pasiv. Se continuă în acest mod cu o frecvenţă de 30—40 respiraţii pe minut.

Evacuarea aerului care se acumulează în stomac se face apăsînd epigastrul la fiecare 2 minute.

Dacă funcţia cardiacă este deficitară se practică concomitent şi masajul cardiac extern (punctul 676).

b) *Respiraţia asistată* se efectuează de către anesteziologii spitalului. În momentul de faţă în literatura de specialitate se insistă ca această tehnică să fie însuşită şi practicată şi de către obstetricieni, pediatri, asistentele reanimatoare.

Respiraţia asistată se practică, în funcţie de situaţie, cu mască sau prin intubaţie. Ultimul procedeu este la îndemîna anesteziştilor şi se practică în maternităţile mari, cu dotare corespunzătoare de personal şi aparatură de secţie de reanimare.

Scanned with OKEN Scanner

674. Practica ventilației cu mască presupune următoarele condiții de bază:

— Căile aeriene superioare trebuie să fie permeabile, iar masca să se aplice pe față, cu spațiu mort minim. Masca se aplică etanș deasupra nasului și gurii, pentru ca nou-născutul să primească un minut-volum respirator suficient și pentru ca modificările de rezistență și de complianță ale plămînului copilului să poată fi apreciate prin presiunea internă a balonului.

— Presiunea de insuflat nu va depăși valoarea de 30 cm H_2O.

Materialul necesar minim este:

— masca facială (curată și ținută în condiții aseptice) are forma troncoconică, baza mică adaptîndu-se insuflatorului (balon sau burduf de cauciuc), iar baza mare putînd fi aplicată pe față;

— aparatul de insuflare poate să funcționeze cu aer ambiant sau O_2 (sau amestecul acestora); este deci necesar să aibă un orificiu pentru aportul de oxigen; se acționează cu o singură mînă și posedă un dispozitiv de securitate de presiune de 30 cm H_2O;

— sursa de oxigen, cu un debit-metru ce permite livrarea gazului la debitul dorit (litri/minut).

Tehnică. Se dezobstruează narinele și faringele. Piesa de aplicare a măștii se cuprinde cu degetul mare și cu cel arătător și se aplică pe regiunea nazofaringiană a copilului, în timp ce cu celelalte 3 degete (medius, inelar și mic) se trage mandibula în față și în sus, dirijînd înclinarea pe ceafă (reclinație). Răsturnarea simplă a capului pe ceafă nu este suficientă (spre deosebire de adult) pentru a menține permeabile căile aeriene. La nou-născut traheea și hipofaringele formează un unghi rezultat din poziția relativ înaltă a laringelui la nou-născut. De aceea poziția se corectează prin sprijinirea umerilor și cefei copilului pe un sul din scutece.

Balonul de cauciuc este apăsat cu mîna dreaptă. Toți autorii sînt de acord că presiunea necesară pentru deplisarea zonelor atelectatice este mult mai ridicată decît cea necesară pentru ventilarea alveolelor în care s-a instalat deja respirația. Se mai știe că pe lîngă vîrfurile de presiune un rol important îl joacă și durata de acțiune cu platoul de presiune rezultat. De aceea nu se poate face o afirmație generală asupra presiunilor necesare și tolerate. După Semm și colab., ventilația se practică în 2 faze. Se începe cu o presiune de insuflație de 30—35 cm H_2O (după I.O.M.C. 30 cm H_2O, după prof. Huault din Paris de 33 cm H_2O) timp de 5—10 secunde. În faza a II-a, spre deosebire de Semm, Dick și colab. recomandă presiuni pozitive scurte, cu o frecvență de 40 insuflații pe minut (după *I.O.M.C. 30 insuflații pe minut)* și cu o presiune pozitivă de circa 20 cm H_2O. La nevoie, se repetă la intervale regulate insuflația de deplisare. Acest sistem oferă o eficiență maximă cu un risc minim de rupturi alveolare. La fiecare 2—3 minute se apasă epigastrul pentru evacuarea gazului acumulat în stomac.

675. Adaosul de oxigen la aerul respirator este esențial pentru creșterea șanselor de supraviețuire la nou-născut. În lipsa posibilităților de determinări oximetrice, aportul de oxigen se orientează după starea clinică a copilului. Cînd există determinări de acest gen, presiunea parțială a oxigenului între 40 și 60 mmHg este limita orientativă pentru primele ore de viață. Saturația cu oxigen a sîngelui arterial va fi mai mică de 50%, deoarece aceasta se consideră ca cifră critică pentru începerea metabolismului anaerob. Se va evita concentrația de 100% oxigen chiar și în faza urgentă, de început a reanimării, pentru că difuziunea sa rapidă din alveole ar putea duce la instalarea atelectaziilor în zonele hipoventilate.

Oxigenoterapia se va face prin intermediul unui cort cefalic (improvizat la nevoie din filme radiologice spălate sau din material plastic fixat pe o ramă rigidă al unei măști).

Între sursa de oxigen și mască se va interpune un dispozitiv de umidificare a oxigenului.

676. Asistența circulatorie. Masajul cardiac extern nu reclamă nici un material. Principiul este exact ca la copilul mare. Modalitățile de aplicare sînt puțin diferite (vezi punctele 795 e, 795 f, 796, 798, 800 și fig. 127).

677. **Corectarea acidozei metabolice** necesită un material redus:

— bicarbonat de sodiu soluție semimolară 4,2% (sterilă) sau molară 8,4%;

— soluție de glucoză 5—10% (sterilă);

— 2—3 seringi de 20 ml sau 4—5 seringi de 10 ml;

— un cateter ombilical din plastic (nr. 5), gradat din 5 în 5 cm, cu extremitatea terminală moale;

— o foarfecă sau un bisturiu;

Scanned with OKEN Scanner

— o pensă Kocher;
— un cîmp steril cu orificiu;
— o pereche de mănuși și bluză (sterile);
— comprese
— ace, port-ace

Corectarea acidozei metabolice datorită unei suferințe fetale sau unei asfixii la naștere implică să se recurgă la aportul de substanțe alcalinizante. Funcția renală de reglare și capacitatea funcțională hepatocelulară sînt insuficiente spre a putea elimina în scurt timp excesul de produși metabolici. Tratamentul de bază este reprezentat de administrarea substanțelor-tampon. Studii clinice și statistice arată efectul favorabil al terapiei cu substanțe-tampon. Se utilizează ca substanțe-tampon bicarbonatul de sodiu și THAM. Nu s-au stabilit deosebiri semnificative în ce privește efectul celor două substanțe.

Deosebirile rezultă din mecanismul de acțiune. Astfel, THAM are capacitatea de a pătrunde în stare neionizată, adică în stare electric neutră în interiorul celulei unde își desfășoară acțiunea principală. THAM transformă acidul carbonic în bicarbonat și elimină ioni H. Astfel THAM acționează pe două puncte: normalizează pCO_2 și valorile pH. Ca efecte negative trebuie citate urmările posibile ale unei hipoglicemii și hipokaliemii. Hipokaliemia poate avea urmări nefaste. Chiar și numai alcalinizarea duce la un flux intracelular de K cu un deficit consecutiv de K extracelular.

Efectul bicarbonatului de natriu asupra valorilor pH este mai puțin drastic, pericolul unei inhibiții reflexe a centrului respirator mai mic. În locul pericolului de hipokaliemie dat de THAM, există pericolul de hipernatremie prin aport de bicarbonat Na. Acesta pare însă să aibă numai importanță teoretică (pe baza faptelor de observație clinică), dar aportul de Na din bicarbonatul de Na trebuie calculat în nevoile zilnice de Na. Raportul dintre osmolaritate și capacitatea de alcalinizare (tampon) a celor două substanțe utilizate este identic. În general, în reanimarea nou-născutului se preferă astăzi utilizarea de bicarbonat Na. O condiție pentru aplicarea bicarbonatului de sodiu este în orice caz certitudinea unei ventilații eficiente, deoarece acidul carbonic, apărut consecutiv administrării de bicarbonat, trebuie eliminat pe această cale.

Tratamentul unei acidoze metabolice sau respiratorii evidente include, din motive de prudență, indicația de respirație artificială temporară, pînă la efectuarea probelor de dozare a gazelor sanguine care pot furniza informații sigure privitoare la situația echilibrului acidobazic. În ceea ce privește tolerabilitatea locală a acestor substanțe se impune prudență, în special în cazul cînd perfuzia se face prin cateter în vena ombilicală.

Corectarea acidozei cu bicarbonat de sodiu se face după formula: Bicarbonat de sodiu sol 8,4% în ml = E.B. (excesul de baze) × greutatea copilului în kg, iar cînd se lucrează cu bicarbonat Na 4,2% se folosește formula: $\frac{E.B \times Gr \times 2}{3}$.

La cei cu asfixie gravă se face prima corectare standard fără cunoașterea cifrelor echilibrului acidobazic. Se administrează din soluția molară bicarbonat de sodiu 2—3 ml/kilocorp în proporție 1:2 cu soluție glucozată izotonică. În continuare se orientează administrarea parenterală în funcție de starea clinică și în special în funcție de tabloul umoral.

După Huault, se va recurge la 10 ml/kilocorp de bicarbonat de sodiu, soluție semimolară 4,2%. O astfel de cantitate nu este niciodată excesivă; dimpotrivă, adesea este insuficientă. De fiecare dată cînd sîntem forțați de timp, injectarea în vena ombilicală este cea mai eficace. Din contră, cînd este vorba de o reanimare minoră ne putem mulțumi cu tehnica perfuziei, instalată la o venă epicraniană sau cu o injecție i.v.

După indicațiile I.O.M.C. se va injecta i.v., de preferință pe o venă periferică, o soluție de bicarbonat de sodiu 84% în doză de 1—3 mEq/kilocorp, diluat 1/2 cu soluție de glucoză 10%.

678. Aportul de lichide (corectarea volemiei). Tulburările de irigare ca urmare a unei hipovolemii determină perturbări hipoxice în organele afectate. La nou-născut este deosebit de gravă irigarea insuficientă a plămînului. Hipovolemia poate rezulta din hemoragii fetale (transfuzie fetomaternă, *placenta praevia* etc.).

Nou-născutul la termen dispune de o cantitate de sînge de 300—350 ml, cu un volum plasmatic total de 150—180 ml. Aceste cifre permit să se aprecieze că și pierderi relativ mici

Scanned with OKEN Scanner

de sînge pot duce la tulburări de irigare grave. Pînă la procurarea sîngelui se perfuzează soluții macromoleculare coloidale. Valorile presiunii venoase nu pot fi utilizate drept criteriu de control al evoluției, decît cu mari rezerve. Dozele se fixează după criterii clinice. Pot fi utilizate soluții Dextran și albumină umană 5‰.

În șocul hemoragic se impune transfuzia de sînge.

Necesitățile de lichide și electroliți sînt acoperite cu soluție de glucoză 5%—10% și soluții semimolare în proporție 1:1. Această combinație permite un aport suficient de apă liberă și asigură homeostazia electroliților, ca și o excreție renală satisfăcătoare.

Administrarea de soluție glucozată simplă este problematică, deoarece în stările de *stress* apar perturbări în utilizarea glucozei. Autorii studiază găsirea unei combinații cît mai echilibrate, cît mai ușor utilizabile de hidrați de carbon. Nu folosesc soluții hipertone datorită pericolului de leziuni vasculare, de leziuni hepatice sau chiar de hemoragii intracerebrale. De altfel, nou-născuții au o osmolaritate sanguină crescută prin acidoză și hipercapnie.

Prevenirea răcirii (vezi punctele 664 și 669).

679. Timpul. S-a văzut importanța timpului în desfășurarea manevrelor de reanimare. De aceea, este absolut necesar un cronometru.

680. Asepsia. Este obligatoriu să se lucreze aseptic. Este indispensabil ca să se pregătească din timp truse sterile cu tot materialul necesar pentru cateterism. Se vor folosi mănuși și cîmpuri sterile, se va purta mască și calotă.

681. Medicamente. Din cele expuse, s-a văzut că la reanimarea neonatală sînt necesare 3 droguri: *oxigenul*, *soluția bicarbonatată* semimolară sau molară și în mod accesoriu *soluția glucozată 10%* (2—3 ml/kg greutate corporală).

Cîteodată este necesar de a face o anestezie cu opiacee la mamă; în acest caz poate surveni o depresiune a centrului respirator la copil. Se va folosi un antagonist al morfinei (Nalorphine, Lorfan, Levacîorphan etc.) în doză de 0,2 mg/kg greutate administrat i.m. sau i.v.

Vitamina K_1 în doză de 1—2 mg/kg se administrează profilactic în primele minute după naștere.

În ceea ce privește analepticele, indicația lor nu este justificată. Ele măresc consumul de oxigen, coboară pragul convulsivant. Nimic nu poate înlocui o bună dezobstrucție, o ventilație artificială corectă. Folosirea de analeptice este fără logică, cînd există o acidoză metabolică mare, pe care numai aportul suficient de substanțe-tampon este în stare s-o neutralizeze.

682. După reanimarea din sala de naștere, copilul va fi plasat în incubator pentru a-l menține într-un climat stabil din punct de vedere termic și pentru a-l putea supraveghea mai bine.

Supravegherea implică: frecvența cardiacă; regularitatea și frecvența respirației; apariția unei cianoze sau a unor semne de dispnee, glicemia.

Copiii cei mai amenințați sînt: copiii prea mici pentru vîrsta lor fetală, postmaturii, gemenii, copiii născuți din mame toxemice, copiii cu placenta patologică, copiii din mame diabetice. La aceștia se va administra oxigen și eventual se va instala o perfuzie cu soluție glucozată 10—15%, de 60 ml/kilocorp/24 ore.

Ori de cîte ori există un risc infecțios pentru copil (context matern febril, infecție urogenitală, ruperea membranelor de mai mult de 12 ore, travaliu prelungit și dificil, lichid amniotic cu miros fetid și contaminat cu meconiu, inhalații de meconiu) este necesar să se facă prelevări bacteriologice la copil și să se administreze antibiotice bactericide puternice.

683. Transportul nou-născuților periclitați. După indicațiile I.O.M.C., transportul nou-născutului cu sindrom de suferință respiratorie și al prematurilor ar trebui efectuat cu ajutorul unui „incubator de transport", care să fie ușor, să permită administrarea unei concentrații mari și constante de oxigen.

Cum nu dispunem de asemenea mijloc ideal de transport, riscurile transportului vor fi minimalizate dacă acesta se va face după următoarele reguli:

Scanned with OKEN Scanner

— timpul optim de transport: cît mai precoce posibil; dar dacă severitatea tulburărilor respiratorii este îndoielnică, se poate aștepta cîteva ore pentru a observa evoluția clinică;

— transferul copilului trebuie anunțat (telefonic) înainte, pentru ca acesta să fie internat imediat;

— copilul trebuie însoțit de un medic (sau de cadre medii care să aibă noțiuni de reanimare); în plus, trebuie să existe echipamentul necesar pentru aspirație, ventilație artificială (cu mască) și administrare de oxigen;

— menținerea temperaturii copilului în jur la 37° (rectal), condiție de importanță extremă.

O dată cu copilul trebuie trimisă și o notă care să cuprindă detalii despre sarcină, travaliu și expulzie, evoluția după naștere, tratamentul efectuat.

Prematurii (cu sau fără tulburări respiratorii) trebuie de asemenea transportați în maternitate, respectîndu-se aceleași condiții pentru diminuarea riscurilor legate de transport. Prematurii de gradul I sănătoși, pot fi îngrijiți în casa de nașteri dacă li se asigură condiții de izolare, încălzire corespunzătoare și pot fi alimentați normal.

În afara nou-născutului cu sindrom de suferință respiratorie și a prematurilor (cu sau fără tulburări respiratorii), următoarele manifestări clinice trebuie să atragă atenția medicului de circumscripție și a personalului mediu din casa de nașteri: icterul precoce, semnele de infecție, hipertermia sau hipotermia, cianoza, distensia abdominală, alimentarea dificilă sau imposibilitatea de alimentare, vărsăturile, scaunele diareice, țipătul excesiv sau agitația, starea de spasticitate sau convulsiile, nou-născut prea liniștit sau inactiv, lipsa eliminării urinii în primele 24 de ore și apariția hemoragiilor.

În oricare din situațiile enumerate mai sus, medicul trebuie să decidă transportul nou-născutului într-o unitate corespunzătoare (punctul 683 este reprodus după I.O.M.C.).

684. Alimentația cu sonda (gavajul) se folosește la copiii care nu pot realiza ingestia spontană a alimentelor: prematurii la care nu a apărut reflexul de supt și înghițit, sugarii care refuză categoric să mănînce.

Gavajul se practică numai în spital, de către soră sau medic, și nu trebuie să devină o metodă de durată.

Material necesar: două seringi Record, mușama, scutec, șervețele de hîrtie sau bucăți de tifon, 1 clemă, alimentul încălzit.

Tehnică. Sonda se introduce pe cale nazală (sondă foarte subțire) sau bucală. În cazul în care sonda se introduce pe nas, trebuie să ne convingem, prin inspecția faringelui, că aceasta merge de-a lungul peretelui posterior al faringelui și nu se încolăcește în cavitatea bucală. Cînd a ajuns în stomac se constată, prin aspirarea cu seringa, dacă poziția sondei este normală (dacă a fost introdusă în stomac și nu cumva în trahee). Se folosește o seringă de 10—20 ml; în felul acesta, introducerea alimentului se poate face în ritmul dorit, se evită înfundarea tubului dacă alimentul este mai vîscos, iar persoana care face gavajul sesizează, prin rezistența pe care o simte la apăsarea pe piston, dacă au intervenit dereglări în tehnica de administrare. În caz că

Scanned with OKEN Scanner

apar vărsături, se întrerupe administrarea, se scoate sonda și se culcă copilul pe o parte. Dacă gavajul a decurs normal, sonda, prinsă strîns între degete sau cu o clemă, se scoate repede. Copilul este apoi luat în brațe și plimbat; tendința la vărsătură, care se observă frecvent în aceste cazuri, se anihilează prin ușoara apăsare a mandibulei pe maxilar.

Cînd gavajul se practică la toate mesele se întrebuințează sonda „à demeure"; aceasta înseamnă că sonda introdusă pe nas este lăsată pe loc, prinsă cu o clemă și fixată cu leucoplast de obrazul copilului. Sonda se scoate o dată pe zi, se spală și se fierbe. Tot instrumentarul pentru gavaj se dezinfectează prin fierbere.

Prematuritatea și hipotrofia (dismaturitatea)

Epidemiologia, prevenirea și importanța socială a prematurității

685. Definiție. Nou-născutul se consideră „la termen", atunci cînd se naște după o gestație de 37—42 de săptămîni. *Se consideră prematur un copil născut înainte de 37 săptămîni de gestație, calculînd de la prima zi a ultimei menstruații.* Această definiție riguroasă este greu de aplicat cînd ciclul menstrual este neregulat sau cînd gravida a avut hemoragii la începutul sarcinii; de asemenea, foarte rar se obțin informații precise de la femeile puțin instruite în ce privește calendarul și fiziologia ciclului menstrual.

Pentru aceste motive s-a încetățenit o definiție mai comodă, după criteriul greutății: *se consideră drept prematur orice nou-născut cu greutate de 2 500 g sau mai puțin.* Definiția este avantajoasă prin faptul că este simplă și se bazează pe un criteriu obiectiv, valabil pentru toată lumea. În rest, însă, este nesatisfăcătoare deoarece:

— nu ține seama de criteriul *cronologic**, înglobînd în același grup atît nou-născuții înainte de termen (cu o gestație mai mică de 37 săptămîni), cît și nou-născuții la termen, dar cu o greutate mai mică de 2 500 g (distrofie prenatală);

— nu este amintit criteriul funcțional; prematuritatea morfologică are ca rezultat o insuficientă dezvoltare a potențialului funcțional, ceea ce îl împiedică pe nou-născut să se adapteze la viața extrauterină. Or, în noțiunea actuală de prematuritate sînt încadrați, alături de prematurii sănătoși (la care prematuritatea morfofuncțională constituie singura piedică la acomodarea extrauterină) și prematuri patologici, la care coexistă leziuni determinate de factori nocivi ce au intervenit în viața uterină;

— sînt încadrați și majoritatea nou-născuților proveniți din sarcini gemelare.

Evoluția și prognosticul acestor trei categorii este, în general, diferită. De aceea, pe cît este posibil, este bine să ne obișnuim de a face distincția între prematuritate și deficitul de creștere intrauterină. Ar fi bine să se uite cu totul definiția clasică și comodă a prematurității, după criteriul greutății, și să se utilizeze numai pe cea cronologică. Dacă se folosește

---

* din lb. gr. *khronos* = timp, *logos* = știință.

Scanned with OKEN Scanner

criteriul greutății, printre prematuri se includ și copiii hipotrofici („small for date" — North, 1966), adică cei care deși născuți după 37 săptămîni cîntăresc mai puțin de 2 500 g; în schimb se elimină din definiție copiii prematuri cu greutate de peste 2 500 g, în particular copiii din mame diabetice. Prin caracterele lor morfologice (greutate etc.), de adaptare și de patologie copiii denumiți „hipotrofici" sau dismaturi se plasează în zona biologică de graniță între prematuri și copiii cu greutate normală născuți la termen. Copiii hipotrofici reprezintă un contingent important (1 — 4% din totalul nașterilor și 1/4 sau 1/3 din copiii cu greutate sub 2 500 g, după unele statistici) din totalul copiilor sub 2 500; ei sînt mult mai puțini atinși de complicațiile respiratorii și neurologice decît prematurii; din contra sînt amenințați de o hipoglicemie redutabilă care trebuie prevenită și tratată la timp (A. Minkowski). Hipotroficii nu constituie o grupă omogenă. S-a încercat repartizarea lor în 3 categorii: dismaturi prin anomalii genetice (diabet, mongolism), dismaturi prin infecții intrauterine (rubeolă, toxoplasmoză, sifilis etc.) și dismaturi prin malnutriție fetală (90 — 99% fac parte din această categorie).

Aprecierea vîrstei fetale. În cursul unei reuniuni de experți ai Organizației Mondiale a Sănătății, în 1960, s-a atras atenția asupra inconvenientelor definiției după greutate (sub 2 500 g). S-a observat că unii copii cu greutate sub 2 500 g, dintre care unii cîntăreau între 1 000 — 1 500 g, aveau un comportament neurologic de nou-născuți la termen, de 3 000 g. Pentru acest motiv s-a insistat ca în fixarea prematurității să intervină *vîrsta concepțională*, pornind de la prima zi a ultimei menstruații, și nu greutatea nou-născutului.

Datele examenului neurologic (Saint-Anne Dargassies) și examenul electroencefalografic (Dreyfus-Brisac) întăresc ceea ce arată anatomia, și anume că sistemul nervos central are o dezvoltare legată de vîrstă și nu de creșterea corporală. În plus, pentru aprecierea vîrstei concepționale ne putem baza pe numărul crestelor plantei piciorului, pe diametrul nodulului mamelonar, pe aspectul părului și urechilor, al zbîrciturilor scrotale, pe vîrsta osoasă.

Scorul lui Farr permite să se aprecieze cantitativ diferitele semne clinice destinate evaluării vîrstei concepționale.

Caracteristicile care intră în compoziția scorului sînt următoarele: culoarea pielii, consistența și opacitatea pielii, edemul, lanugo, forma urechii, duritatea urechii, aspectul organelor genitale, dimensiunile sînului, formarea mamelonului, crestele plantare. Farr a arătat valoarea statistică a acestui scor, mult mai fidel decît vîrsta osoasă (punctul femural inferior și punctul tibial superior).

686. Clasificare. În raport cu greutatea de la naștere se deosebesc trei categorii de prematuri:

— gradul I: 2 500—2 001 g
— gradul al II-lea: 2 001—1 501 g
— gradul al III-lea: sub 1 500 g.

O clasificare independentă de greutatea de la naștere, admisă acum, este următoarea:

— durata sarcinii sub 37 săptămîni: naștere înainte de termen;
— durata sarcinii de la 37 la 42 săptămîni: naștere la termen;
— durata sarcinii peste 42 săptămîni: naștere după termen („postmaturi").

687. Frecvență. Procentul de prematuri din totalul nașterilor, în lume, este de 5—10%. Această cifră ilustrează marea importanță ce revine prematurității în determinarea mortalității infantile, avînd în vedere că mai mult de jumătate din decesele din perioada perinatală în maternități privesc copiii prematuri. Profesorul A. Minkowski (Franța) consideră prematuritatea ca un „flagel social".

688. Cauzele prematurității sînt în general asociate și adesea nu pot fi descoperite. Se apreciază că numai la 40% din cazuri se poate descoperi o cauză. Trebuie

Scanned with OKEN Scanner

să ne străduim s-o depistăm, mai ales că prematuritatea are tendința să se repete, la copiii aceleiași mame.

1. *Cauze economico-sociale*. Prematuritatea se înregistrează mai frecvent la nou-născuții rezultați din căsătorii nelegitime, la copiii nedoriți, în cazurile în care mama are o activitate profesională necorespunzătoare sau un grad înapoiat de cultură și de educație sanitară.

2. *Oboseala și munca în timpul sarcinii*. Este vorba de unul din factorii cei mai dificili de apreciat. După unii, repausul este inutil, iar după alții, el este unul dintre mijloacele esențiale de prevenire a prematurității. La ora actuală se poate preconiza o poziție intermediară. Adevărul este că în cazul femeilor salariate, dacă acestea se supun unor examene medicale repetate (cu schimbarea locului de muncă în caz de oboseală), prematuritatea este rară. Dovada o constituie studiile efectuate în orașul Helsinki și în unele mari orașe din Republica Populară China, unde, printr-un efort fără precedent în prevenirea prematurității, la sarcini cu risc s-a înregistrat un procent de 3% prematuri.

Reamintim că este bine să se interzică călătoriile cu mașina începînd cu luna a V-a.

3. *Starea de nutriție a mamei*. Majoritatea autorilor susțin că există o relație între prematuritate și nutriția deficitară globală sau parțială (proteine în special). Se pare că este important de a se supraveghea regimul alimentar al femeii însărcinate, în special în ce privește conținutul în lapte și derivatele lui (Vezi punctele 26 și 27).

4. *Tutunul*. Statistic s-a dovedit că fumatul regulat favorizează atît prematuritatea cît și hipotrofia fetală.

5. *Vîrsta mamei și intervalul dintre sarcini*. Între 20 și 29 de ani, numărul prematurilor este cel mai mic; prematuritatea este mai frecventă la copiii născuți după 35 de ani, precum și înainte de 18 ani; în cazul din urmă se supraadaugă adesea un alt factor: nelegitimitatea sarcinii.

Intervalul de timp scurt între 2 sarcini succesive (mai puțin de 2 ani) joacă un rol sigur în determinarea prematurității.

6. *Antecedente de prematuritate*. Este *bine probat*, că prematuritatea are tendința să se repete, fără ca să se poată totdeauna decela cauza.

După fiecare naștere de copil prematur, asistenta de ocrotire va interoga pe mamă în amănunt și o va sfătui ca înainte și în timpul sarcinii următoare să meargă regulat la consultații ginecologice.

7. *Complicații medicale ale sarcinii*. În cadrul fiecărei categorii social-economice, prematuritatea este de 2—3 ori mai frecventă cînd există complicații de natură medicală.

a) *Boli infecțioase*. Toate bolile infecțioase pot precipita o naștere prematură. Reamintim că orice stare febrilă, categorisită de cele mai multe ori „gripală", impune efectuarea unei hemoculturi pentru decelarea unei eventuale *listerioze*. Cea mai frecventă și cea mai neglijată cauză medicală este *infecția urinară*. Un autor german (Küss) a arătat că femeile însărcinate purtătoare ale unei bacteriurii asimptomatice sînt expuse de 3 ori mai mult la nașteri premature decît gravidele sănătoase; tratamentul corect redus, la aceste femei, prematuritatea la cifra unui lot martor de femei sănătoase.

Alături de listerioză și de infecțiile urinare, dintre cauzele infecțioase ale prematurității se citează: sifilisul, tuberculoza evolutivă, hepatita epidemică, infecțiile acute, malaria.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Cauze obstetricale pot fi*: *placenta praevia*, dezlipirea prematură a placentei, prezentațiile anormale, fibroamele uterine, malformațiile uterine, toxemia gravidică.

c) *Cauze fetale* pot fi: gemelaritatea; izoimunizarea Rh, malformațiile congenitale.

Un grup de cercetători din cadrul Institutului de cercetări pentru ocrotirea mamei și copilului (Rusu și colab.) au sistematizat factorii etiologici ai prematurității, separînd pe cei mai frecvenți, după cum se vede în tabelul XI.

TABELUL XI

Etiologia dismaturității (după O. Rusu și colab.)

	Cauze mai frecvente	Cauze rare
I. Condiții de igienă ale mamei	Fumat Alcoolism cronic	Condiții social-economice proaste
II. Caractere constituționale ale mamei	Talie sub 155 cm Greutatea mamei înainte de sarcină	Vîrstă (extremele) Vicieri de bazin Malformație uterină
III. Patologie maternă anterioară sarcinii	Hipertensiunea arterială cronică Cardiopatii	Infecții urinare cronice
IV. Antecedente obstetricale ale mamei	Naștere copil dismatur la sarcini antecedente (factor genetic?)	Multiparitate Boală abortivă
V. Patologie specifică sarcinii	Disgravidie tardivă	Anemie de sarcină necesitînd transfuzii
VI. Patologie de cordon	Arteră ombilicală unică	
VII. Patologie placentară	Anomalii de inserție	Infarctizarea placentei Senescență placentară prin postmaturitate

Din analiza incidenței factorilor etiologici incriminați în determinarea întîrzierii de creștere intrauterină la dismaturi, comparativ cu normoponderalii, aceiași autori au remarcat următoarele:

— imposibilitatea stabilirii unor cauze aparente ale dismaturității, în peste 35% din cazuri;

— frecvența crescută a unor factori etiologici în grupa dismaturilor, în concordanță cu datele din literatură: fumat, înălțimea mamei sub 155 cm, patologia maternă anterioară sarcinii (hipertensiune arterială, cardiopatii), antecedente obstetricale încărcate (avorturi spontane, născuți-morți, nașterea unor copii cu greutatea sub 2 500 g), disgravidie tardivă;

— asocierea frecventă a diverselor cauze ce intervin în determinismul întîrzierii creșterii intrauterine. Aceasta implică existența unui mozaic patogenic și face dificilă ierarhizarea factorilor etiologici, precum și interpretarea răsunetului lor asupra produsului de concepție;

— lipsa de semnificație a unor cauze considerate rare, și de alți autori, în etiologia dismaturității: vîrsta mamei (extremele), multiparitatea, postmaturitatea, condițiile social-economice și gradul de cultură al mamei.

Multitudinea cauzelor care pot favoriza sau determina o naștere prematură este unul din argumentele de bază care *impun dispensarizarea și ocrotirea femeilor gravide*.

689. Caracteristici. Prematurul se caracterizează prin imaturitatea funcțională și anatomică a organelor sale.

Scanned with OKEN Scanner

Greutatea la naștere este mai mică de 2 500 g, iar *lungimea* sub 47 cm. Sub greutatea de 900 g și lungimea de 35 cm, șansele de supraviețuire sînt slabe. Cu toate acestea, au putut fi menținuți în viață chiar prematuri cu 454 g și 395 g. Din acest motiv, moașa, asistenta de pediatrie și asistenta de ocrotire au obligația să îngrijească orice nou-născut viu ca și cînd ar fi viabil, soarta lui hotărîndu-se ulterior.

La examenul clinic al unui prematur se constată următoarele:

— Pielea este subțire, roșie, lucioasă, încrețită, acoperită de un păr fin (lanugo), în special pe frunte și pe spate.

— Părul de pe pielea capului este de obicei mai lung și mai des decît la copiii născuți la termen.

— Unghiile sînt foarte subțiri și moi; la mîini au lungimea corespunzătoare, iar la picioare sînt foarte scurte.

— Stratul de țesut grăsos subcutanat este foarte redus, ceea ce face ca relieful scheletului osos să fie foarte evident.

— Disproporția dintre diferitele segmente ale corpului este mai accentuată decît la copilul la termen. Capul reprezintă 1/3 din lungime, craniul este voluminos, iar perimetrul craniului întrece pe cel toracic cu peste 3 cm. Oasele bolții craniene sînt slab osificate, cu suturi larg deschise, cu fontanele mari. Fața este mică, gura este mare și bărbia ascuțită. Gîtul este subțire, iar toracele este îngust, contrastînd cu abdomenul mare, revărsat. Membrele sînt subțiri și scurte.

— Urechile sînt mari și fără formă caracteristică; cartilajele auriculare sînt foarte moi.

— Musculatura este moale, insuficient dezvoltată, ceea ce explică tendința la hernii ombilicale și inghinale.

— Ombilicul este implantat mai aproape de simfiza pubiană; mumificarea se face mai încet, iar detașarea este mai tîrzie decît la nou-născutul normal.

— Prematurul doarme aproape tot timpul.

— La băieți, deseori, testiculii nu sînt coborîți în scrot; la fetițe, labiile mari nu le acoperă pe cele mici.

Deficiența funcției de reglare a temperaturii se explică prin caracteristicile anatomice și fiziologice ale prematurului.

— Suprafața corporală este relativ mare în raport cu masa, mai mică, a corpului. Raportul dintre suprafața corpului și greutate este de 700 cm²/kg la nou-născutul la termen și de 840 cm²/kg la prematurul în greutate de 1 500 g. În consecință, pierderile de căldură vor fi mai mari.

— Stratul de țesut grăsos este slab dezvoltat, astfel încît nu realizează o izolare termică satisfăcătoare.

— Pielea este fină, subțire, bogată în apă, abundent vascularizată, așa că favorizează pierderea de căldură.

— Centrul termoreglator este insuficient dezvoltat.

— Producerea de căldură este insuficientă (metabolismul bazal este de 30 calorii/oră/m², la prematur, și de 48 calorii/m² la nou-născutul la termen).

Consecința cea mai frecventă a termolabilității este hipotermia* care apare imediat după naștere. Tendința la hipotermie durează, la prematur, 4—6 săptămîni, față de 3—5 zile cît ține la nou-născutul la termen.

Temperatura de 36° se interpretează ca început de hipotermie. Dacă temperatura scade sub 34° (deși prematurul a fost transportat corect sau a fost ținut la o temperatură corespunzătoare) este probabil că hipotermia este consecința unei leziuni

---

* hipotermie: gr. *hypo* = dedesubt și *thermos* = căldură.

Scanned with OKEN Scanner

cerebrale. Scăderea temperaturii sub 28° are o semnificație foarte gravă, punînd în pericol imediat viața copilului.

Deficiența funcției respiratorii este determinată de o dezvoltare pulmonară necorespunzătoare. Alveolele pulmonare sînt slab dezvoltate, nu produc și nu elimină „surfactant" (reprezentat de fosfolipide active și, în mai mică măsură, de sfingomielină), factor tensioactiv sau factor care se opune colabării. Incapacitatea celulelor alveolare de a produce „sulfactant" explică de ce supraviețuirea extrauterină a prematurilor mai mici de 28 săptămîni de gestație este practic imposibilă. Producerea fosfolipidelor active de către celulele alveolare este dependentă însă, nu numai de vîrsta gestației, ci și de acțiunea unor variați factori de agresiune, ca hipoxia, acidoza și hipotermia, care inhibă elaborarea surfactantului.

Țesutul elastic pulmonar este aproape absent. Diafragmul și mușchii intercostali au tonus scăzut, iar coastele sînt așezate perpendicular, ceea ce împiedică expansiunea normală a plămînului.

Este interesant de precizat că centrii respiratori sînt maturați încă din săptămîna a 20-a—a 22-a, așa că tulburările de respirație nu se explică prin lipsa lor de dezvoltare, așa cum se credea pînă acum.

Datorită intervenției factorilor amintiți mai sus pot surveni tulburări chiar de la început:

— întîrziere în instalarea primei respirații;

— respirația este accelerată (50—60 respirații pe minut), superficială, neregulată și ineficientă;

— tiraj, în special suprasternal;

— accese de apnee, cu cianoză în jurul gurii și la extremități;

— tulburări circulatorii (colaps, paloare).

Pe fondul acestor deficiențe pot surveni complicații pulmonare, dintre care cea mai frecventă este bronhopneumonia.

Deficiența funcției de coagulare. Prematurii fac ușor hemoragii la nivelul diferitelor organe și îndeosebi în plămîni, creier, glandele suprarenale, ceea ce se explică atît prin fragilitatea capilarelor, cît și prin deficitul factorilor de coagulare.

Deficiențe hematologice (hematopoieza, hemoliza, metabolismul fierului). Distrugerea globulară are loc în mod fiziologic după naștere și este mai intensă la prematur; este urmată de scăderea numărului de eritrocite și a cantității de hemoglobină. Revenirea la normal se face foarte încet, începînd deabia la 4 luni și completîndu-se la 6—15 luni. Prematurul se naște cu rezerve mici de fier, așa că la 2—3 luni se instalează o anemie *hipocromă*.

Predispoziție marcată la rahitism. Dacă nu se administrează calciu și vitamină D încă din primele 3—7 zile de viață, prematurul face un rahitism precoce și adesea grav.

Rezistența la infecții este scăzută. La tot ansamblul de insuficiențe anatomice și funcționale se adaugă deficiențe importante ale funcției de apărare. Prematurul a primit o cantitate mică de anticorpi deoarece transferul acestora de la mamă se face în ultimele luni de gestație. În același timp, prematurul are o capacitate redusă de a forma anticorpi, iar puterea fagocitelor este mai redusă decît la nou-născutul la termen. Pielea și mucoasele sînt mult mai permeabile.

Drept consecință, prematurii se infectează într-o proporție mult mai mare decît nou-născuții la termen, iar prognosticul infecțiilor este mult mai rău la ei.

Scanned with OKEN Scanner

Deficiențele funcției de digestie. Reflexul de sugere și deglutiție lipsește la prematurii sub 1 200 g, iar la o mare parte din restul prematurilor acest reflex nu este format în primele zile, obligînd la alimentația prin gavaj.

Capacitatea stomacului este redusă, evacuarea conținutului său se face cu întîrziere; în caz de supraalimentare, vărsăturile se instalează cu ușurință.

Musculatura netedă a tractului digestiv este slab dezvoltată, ceea ce explică peristaltismul leneș, meteorismul și constipația.

Secrețiile digestive, și îndeosebi lipaza, sînt reduse.

Plan de îngrijire a prematurilor în maternitate

(vezi și punctele 671 — 684)

690. Îngrijiri în timpul nașterii. Travaliul trebuie condus cu cea mai mare atenție, avînd în vedere coagulabilitatea sanguină scăzută. Medicamentele pentru calmarea durerii se vor administra mamei cu cea mai mare rezervă, avînd în vedere necesitatea asigurării unui aport suficient de oxigen la creierul copilului. Administrarea la timp de oxigen și de vitamină K pot preveni în mare măsură leziunile sistemului nervos central. De asemenea, se recomandă ca expulzia să fie condusă cu multă prudență, evitîndu-se orice traumatism. Secționarea cordonului ombilical se va face cît mai tardiv, așteptînd încetarea pulsațiilor sale, pentru a se asigura, în felul acesta, trecerea în organismul copilului a unei cantități cît mai mari de sînge din placentă. După secționarea cordonului ombilical se îndepărtează cu atenție mucozitățile din căile aeriene, pentru a preveni aspirația lor (lichid amniotic) de către copil. Există aparate moderne („Baby-pulmotor") cu ajutorul cărora se poate asigura copilului un aport optim de oxigen și se poate ajuta intrarea în funcție a respirației, printr-o dirijare blîndă a mișcărilor respiratorii. Administrarea profilactică de antibiotice se recomandă numai în cazul cînd, datorită ruperii premature a membranelor, se presupune o infectare a lichidului amniotic.

691. Îngrijirea prematurului în secțiile de prematuri. După o scurtă examinare, medicul obstetrician și medicul pediatru hotărăsc despre atitudinea care urmează să fie luată. Există următoarele posibilități:

a) *Îngrijirea este posibilă în afara incubatorului*. Prematurii mai mari de 2 000 g, care s-au născut după un travaliu normal, după o sarcină fiziologică și fără manifestări de suferință fetală sînt duși în salonul de prematuri și așezați în patul special amenajat.

b) *Este necesară îngrijirea în incubator*. Toți prematurii sub 1 800 g, copiii cu dificultăți de adaptare și prematurii bolnavi sînt instalați imediat într-un incubator. Acesta presupune:

— reglarea temperaturii (36—37°) și a
— umidității aerului (60—65%),
— aport de oxigen pînă la 30%.

Toate măsurile de îngrijire, examenele medicale și investigațiile se fac în incubator.

Incubatoarele previn infecțiile numai atunci cînd mîinile asistentei (sorei) sînt curate.

Particularitățile îngrijirii prematurilor. Se urmărește compensarea deficiențelor anatomofuncționale (vezi punctul 689) și prevenirea infecțiilor. Este necesar un per-

Scanned with OKEN Scanner

sonal de asistente, surori și infirmiere cu experiență bogată, conștiincioase și cu dragoste de copii. De aceea se recomandă să se organizeze centre specializate pentru prematuri, deziderat care nu poate fi însă realizat decît în clinici universitare și în spitale județene.

692. Secția de prematuri (vezi și punctul 655) trebuie să aibă în vedere crearea unor condiții de spațiu și de mediu (căldură, aer, lumină) care să asigure protecția prematurului față de infecții. În organizarea secției se va avea în vedere, necesitatea de a asigura:

— filtru pentru personal, ca la sălile de operații;
— intrare separată pentru copii;
— circuitul (aducerea și evacuarea) separat pentru rufărie și alimente făcut pe căi diferite, evitîndu-se încrucișarea;
— saloane mici, cu 2—4 paturi, pentru evitarea infecțiilor;
— geamuri mari în toate saloanele, în vederea unei supravegheri perfecte a copiilor;
— izolator pentru copiii cu stare foarte gravă sau infectați.

Aparatura secțiilor mari de prematuri cuprinde:.

— incubatoare suficiente;
— aspiratoare;
— eventual, aparate de respirație artificială;
— laborator bine utilat;
— punct de transfuzii;
— instalație de aer condiționat;
— higrometru pentru controlul umidității atmosferei.

693. Nucleul sanitar antiepidemic. Fiecare maternitate va avea un nucleu sanitar antiepidemic care să se ocupe de crearea tuturor condițiilor necesare (materiale și de funcționalitate) combaterii infecțiilor interioare. De altminteri, problemele de organizare, de gospodărire, de igienizare și de combatere a infecțiilor constituie o obligație a oricărui membru al colectivului.

Nu există nici o îndoială că în maternitățile astfel utilizate rezultatele în îngrijirea prematurilor au fost foarte bune și mortalitatea a putut fi mult scăzută.

694. Faze de îngrijire. Se deosebesc 3 faze în îngrijirea prematurilor.

a) *Faza acută, de urgență* (în primele zile de viață: 1—3 zile);

— *inițierea respirației*;

— *circulația* (antidoturi pentru opiaceele sau barbituricele administrate gravidei; analepticele circulatorii se folosesc cu mult discernămînt);

— *aportul de căldură* (determinarea temperaturii la care copilul este liniștit și cu pielea colorată—34—36°);

— *aportul de lichide* depinde de gradul de maturitate, acidoză, hematocrit. Începe după 8—12 ore, cu soluție de glucoză 5%, 2—5 ml din 2 în 2 ore; de îndată ce este posibil se va da și lapte de mamă; în stările de deshidratare și acidoză, perfuzii i.v., cu aportul necesar de soluții-tampon și electrolitice cu glucoză.

Trecerea la alimentație se face cît mai repede.

b) *Faza de trecere* (a 4-a—a 12-a zi). Se îngrijește în continuare de asigurarea temperaturii optime și se trece de la soluția glucozată la lapte de mamă.

În ambele faze se vor lua măsuri riguroase pentru: profilaxia infecțiilor, hemoragiilor, aspirației, setei, supraalimentației. Se administrează antibiotice și, la nevoie, vitamină K.

Scanned with OKEN Scanner

c) *Faza de întreținere* (a 12-a—a 14-a zi). Se va întrerupe administrarea majorității medicamentelor. Se crește alimentația și se începe profilaxia rahitismului prin administrarea de vitamină D. Este posibilă scoaterea din incubator. La externare se face vaccinarea cu B.C.G.

— *Inițierea respirației* (eliberarea căilor respiratorii, manevre de reanimare respiratorie) se face de către medicul obstetrician și de moașă. În continuare se controlează permeabilitatea căilor respiratorii superioare. Copiii vor fi culcați cu capul coborît față de trunchi, pentru a favoriza eliminarea secrețiilor. Sub omoplat se așază un sul de scutec, care să ușureze mișcările respiratorii. Dacă copilul nu este pus în incubator, i se administrează oxigen (mască, cort, pîlnie) în mod intermitent. La nevoie asistenta îi va face respirație artificială.

— *Administrarea de antidoturi* contra opiaceelor și barbituricelor, în caz că s-au administrat gravidei, se va face la indicația medicului, asistenta va da o atenție deosebită dozelor administrate și tehnicii administrării.

— *Reanimarea circulatorie* se face prin manevrele obișnuite; asistenta este datoare să cunoască și să aplice corect tehnica reanimării respiratorii și cardiace. Analepticele circulatorii se folosesc cu mult discernămînt și se administrează numai de către medic.

— *Aportul de căldură*. Se vor lua o serie de măsuri profilactice și, la nevoie, terapeutice.

După secționarea cordonului ombilical, copilul prematur va fi îmbrăcat de preferință în lenjeria încălzită (nu în vată) și va fi așezat într-un coșuleț special sau (și mai bine) într-un incubator transportabil. Coșurile se încălzesc din timp, cu trei sticle de apă caldă (40—45°) bine astupate (de preferință sticle cu șurub) și învelite în cîrpe pentru a evita arderea pielii foarte sensibile. Pentru a preveni răcirea copilului se renunță la prima baie, imediat după expulzie. Tegumentele pot fi curățate de sînge și mucozități cu ajutorul unui tampon înmuiat în ulei cald. *Vernix caseosa* nu va fi îndepărtat, deoarece reprezintă un strat protector pentru piele.

Se va evita cu orice preț răcirea copilului după naștere sau în timpul transportului la secția de prematuri, deoarece aceasta ar scădea în mod considerabil șansele sale de supraviețuire.

Scăderea importantă a temperaturii nu poate fi remediată, nici printr-o baie caldă. De altfel, încălzirea lentă, treptată, în incubator, în decurs de 2—3 zile, dă rezultate mai bune decît încălzirea bruscă prin baie sau sticle cu apă caldă.

Temperatura salonului din secția de prematuri va fi de 24—28°, iar umiditatea de 65% (50—70%). În caz că nu există instalație centrală de condiționare a aerului se va folosi ca sursă de încălzire soba de teracotă, radiatorul caloriferului sau un radiator electric. Umezirea atmosferei se face cu ajutorul unor umidificatoare speciale sau, în lipsă, cu vase cu apă ori cîrpe ude puse pe sobă. Pentru evitarea pierderii de căldură, peste scutecul de înfășat se poate adăuga un strat de vată cu care se înfășoară tot trunchiul și extremitățile, iar pentru cap se confecționează o scufiță căptușită cu vată. Sticlele cu apă caldă pentru încălzirea prematurului se așază în formă de U la picioare și pe extremități. În spitalele moderne se folosesc saltele încălzite electric, prevăzute cu semnalizatoare luminoase care indică în orice moment temperatura. Pentru evitarea supraîncălzirii, temperatura patului nu va depăși 32—35°.

Scanned with OKEN Scanner

În scopul depistării la timp a hipotermiei, termometrizarea copilului se face la 3 ore interval.

La marii prematuri (greutate sub 1 500 g) și la cei la care temperatura a scăzut sub 35° este necesară folosirea unui incubator, care asigură o temperatură corporală de 36 — 36,5°. În plus, incubatorul creează condiții mai bune de umiditate și de utilizare a hranei, permițînd micșorarea aportului caloric. După Georgmăneanu, umiditatea, temperatura și oxigenul în incubator se reglează astfel:

TABELUL XII

Greutatea prematurului (g)	Temperatura (°C)	Umiditatea (%)	Debitul de O_2 (litri/minut)
Pînă la 1 400 g	35 — 37	90 — 100	2*
Pînă la 1 700 g	32 — 35	60	1
Pînă la 2 000 g	30 — 34	60	0,5

*) Nu se va depăși debitul de 2 l O_2/minut, corespunzînd la o saturație de 40% a atmosferei din incubator (altfel există riscul fibroplaziei retrolentale).

— *Aportul de lichide* depinde de gradul de maturitate, de acidoză, de hematocrit și va fi fixat de către medic. Asistenta este datoare să folosească o tehnică perfectă de administrare, pentru a evita falsa cale și aspirația de lichide pe trahee, care pot fi fatale pentru copil.

— *Alimentația prematurilor*. Capacitatea gastrică a prematurilor este foarte redusă. Datorită crizelor de apnee, pericolul de aspirație este permanent. Pentru aceste motive este necesar gavajul în mese mici, repetate.

a) *Început* — 8—12 ore după naștere se dau cîte 2—3 ml soluție glucozată 5%, din 2 în 2 ore, la cei mai mari se va da și lapte; în momentul de față se insistă să se adauge lapte cît mai curînd;

— glucoza se menține 10 zile; ea previne hipoglicemia și diminuă hiperbilirubinemia.

b) *Lapte*. Se preferă laptele de mamă preparat. După 10 zile se indică un adaos de proteine (de exemplu Eledon 2—5%) sau Humana 0 (lapte „umanizat").

Pînă la 8—10 zile, rația se crește la 1/6 din greutatea corporală, realizîndu-se peste 100—120 calorii/kilocorp/24 ore.

Alimentația exclusivă cu babeurre a fost părăsită. Dacă nu avem la dispoziție lapte de mamă se recomandă Eledon sau Humana 0. Adesea există intoleranță la lipide.

Ca și nou-născutul la termen, prematurul elimină la început meconiu, apoi scaune de trecere și, în sfîrșit, scaunul cu lapte.

— *Scăderea fiziologică în greutate*. Poate fi de mai multe sute de grame, în special prin pierderi de lichide („perspirație insensibilă") și restricția aportului de lichide, dar se recuperează pînă la 10—15 zile. Creșterea zilnică trebuie să fie de circa 25 g.

(Pentru îngrijirea prematurilor vezi și îngrijirile copiilor periclitați, punctele 557, 558, 559.)

Scanned with OKEN Scanner

Îngrijirea prematurilor la domiciliu

695. Datorită deficiențelor organice și funcționale amintite mai sus, **asistența prematurilor necesită măsuri complexe,** nu numai la maternitate, dar și în continuare. La domiciliu, aceste îngrijiri cad în sarcina părinților și asistentelor de ocrotire, sub conducerea medicului de circumscripție.

Conform legislației noastre, prematurii sînt externați din maternitate numai după ce au atins greutatea de 2 500 g. Copilul prematur va fi preluat de la maternitate de către asistenta de ocrotire, care se va interesa în amănunt asupra antecedentelor copilului (suferință în timpul sarcinii, modul cum a decurs sarcina scorul APGAR sau SALING, îmbolnăviri, tratamente, alimentație, durata cît a fost ținut la incubator, caracteristici) și ale mamei (tratamente în timpul sarcinii și nașterii, dacă dorește copilul, cum primește sfaturile medicale, gradul de educație sanitară).

— *Prevenirea pierderii de căldură.* Copilul va fi transportat acasă cu un mijloc de transport rapid. Va fi îmbrăcat în lenjerie caldă și va fi așezat într-un coșuleț prevăzut cu sticle calde, care se vor pune la picioare și pe laturi, despărțite de corpul copilului printr-o păturică, pentru a nu se ajunge la supraîncălzirea sau arderea pielii. În familie i se va asigura o cameră bine încălzită cu temperatură constantă. Supraîncălzirea și coborîrea excesivă a temperaturii mediului înconjurător pot avea urmări nefaste asupra prematurului, din cauza labilității temperaturii corpului său. Temperatura camerei prematurilor va fi în jur de 24°, iar umiditatea de 65% (50—70%). Sursa de căldură poate fi o sobă de cărămidă sau de teracotă (încălzire cu lemne, nu cu cărbuni), radiatorul caloriferului sau, la nevoie, sticlele cu apă caldă (vezi punctul 544). Umezirea atmosferei se face cu vase întinse, cu apă, puse pe sobă, sau cu cîrpe ude întinse pe radiatoarele caloriferului. Pentru evitarea pierderii de căldură, dacă este frig în cameră, peste scutecul de înfășat se poate adăuga un strat de vată cu care se înfășoară tot trunchiul și extremitățile; pentru cap se confecționează o scufiță căptușită cu vată. Sticlele cu apă caldă pentru încălzirea prematurului se așază în formă de U la picioare. Temperatura patului nu trebuie să depășească 30—32°. În scopul depistării la timp a scăderii sau creșterii excesive a temperaturii, termometrizarea se face de 6 ori pe zi și se va procura un termometru de cameră. În vizitele la domiciliu, asistenta de ocrotire este datoare să termometrizeze pe prematur, de fiecare dată.

— *Apărarea de infecții.* (Vezi punctul 689, penultimul alineat.) Se impun următoarele măsuri:

— prematurul va fi ținut cît mai izolat, nu se vor apropia de el frații mai mari, rudele etc.;

— mama va purta mască în timpul îngrijirii și alăptării;

— înainte și după orice manevră de îngrijire, mama se va spăla pe mîini cu apă și săpun;

— pielea copilului va fi îngrijită cu atenție și cu blîndețe;

— lenjeria se va fierbe și se vor folosi scutece fine, moi, neapretate;

— se vor evita manevrele inutile, mutarea sau purtarea copilului prin locuri aglomerate;

— la primul semn de îmbolnăvire se va anunța dispensarul de copii.

— *Alimentația.* Se știe că reflexul de supt și înghițit lipsește la prematurii sub 1 200 g; de aceea, la maternitate, mulți prematuri sînt alimentați prin gavaj (se introduce laptele în stomac printr-o sondă) (cum s-a arătat la punctul 684).

Scanned with OKEN Scanner

Cînd au ajuns la o greutate de peste 2 000—2 500 g, dacă nu au prezentat semne de suferință la naștere, prematurii sug, în marea lor majoritate, fără dificultăți. Unii dintre ei sug încă greu sau își consumă rația numai parțial sau numai după insistențe.

În alimentația prematurului se va ține seama de următoarele reguli importante:

a) Alimentația se va face *cu prudență*, în ce privește tehnica de alimentație, concentrațiile laptelui și introducerea altor alimente.

b) *Laptele de mamă* este superior oricărui alt preparat de lapte. Calitatea proteinelor, echilibrul acizilor aminați, cifra pH-ului fac din el un aliment de neînlocuit (vezi punctele 667 și 668).

c) *Se va respecta riguros rația, orarul și conținutul alimentației.*

Ca urmare, mama se va interesa în amănunt, de la medicul pediatru din maternitate și de la asistenta pediatră, de tot ce este legat de alimentația copilului. Dacă prematurul primește un aliment dietetic special („Eledon", „Humana 0", „Lacto") se va anunța din timp familia care, cu rețeta de la medicul de circumscripție, poate procura produsul respectiv încă înainte de ziua externării din maternitate.

În lunile următoare, odată cu progresul general al prematurului, în funcție de toleranța lui digestivă se va ajunge la o alimentație corespunzătoare celei a unui sugar normal de aceeași vîrstă, avînd grijă să se facă o diversificare corectă. Introducerea altor alimente (sucurile și pulpa de fructe sau zarzavaturi, carnea, gălbenușul de ou), joacă un rol în prevenirea instalării unei anemii hipocrome importante.

d) *Rația* rămîne coborîtă din punct de vedere caloric, din cauza toleranței digestive scăzute. Ea nu depășește 60—70, apoi 80 de calorii/kilocorp. Curba greutății crește lent la început.

Nevoile de apă sînt considerabile (150—200 g/kilocorp/zi), ca și nevoile în proteine (4—6 g/kilocorp/zi). Glucidele trebuie să atingă cel puțin 15 g/kilocorp/zi. Unele minerale și vitamine trebuie adăugate. Grăsimile sînt adesea rău suportate.

e) *Toleranța față de diferite alimente*. Protidele sînt foarte utile și bine suportate de prematuri. În caz de hipogalactie sau de dificultăți de alăptare ținînd de copil, adaosul de Eledon dă rezultate foarte bune.

Glucidele pun puține probleme în ceea ce privește toleranța față de ele. Prematurii suportă foarte bine hidrocarbonatele: glucoza, lactoza, dextrin-maltoza, zaharoza. Așa se explică rezultatele bune obținute cu „Humana 0".

Intoleranța față de grăsimi a marilor prematuri era un adevăr recunoscut; în ultimii ani, unii autori au obținut rezultate foarte bune cu adaosuri prudente de grăsimi vegetale (uleiul de porumb).

f) *Repartiția regimului. Numărul de mese*. Opinia diferiților autori asupra numărului meselor la prematuri este variabilă. În familie se va păstra orarul instituit în maternitate. Tendința actuală este de a se da mese mai rare decît se recomanda cu ani în urmă. La cei alimentați numai la sîn se va evita rigiditatea orarului. Criteriile fixării orelor și numărul meselor în 24 de ore sînt: momentele cînd copilul este treaz și-și manifestă în vreun fel oarecare foamea, vigoarea cu care suge, toleranța digestivă (regurgitații, vărsături, scaune etc.) și, mai ales, progresele greutății, apreciate săptămînal.

— *Prevenirea rahitismului*, începută încă din maternitate, se va face cu toată grija, așa cum se indică la „Profilaxia rahitismului" punctele 638—644.

— *Prevenirea anemiei* (vezi punctul 651).

Scanned with OKEN Scanner

Îmbolnăviri mai frecvente

Rolul asistentei de ocrotire în îngrijirea bolnavului la domiciliu

696. Dacă familia oferă condiții favorabile în ce privește starea materială și nivelul de instruire generală a părinților, se pot trata la domiciliu afecțiuni ușoare, unele boli infectocontagioase — forme necomplicate —, afecțiuni cronice și în general orice îmbolnăvire care nu pune în pericol imediat viața copilului. În îngrijirea copilului bolnav la domiciliu, asistenta de ocrotire și sora de la cabinetul de consultații trebuie să aibă un rol activ. Cadrul mediu care vizitează pe copilul bolnav la domiciliu, instruiește în amănunt pe mamă conform indicațiilor medicului asupra modului de îngrijire, efectuează o parte din tratament, demonstrează practic cîteva din tehnicile pe care mama le execută și face educația sanitară a familiei. Asistenta de ocrotire sau sora nu trebuie să ezite să demonstreze mamelor mai nepricepute cîteva din tehnici ca: înfășatul, tratamentul eritemului fesier, băile medicamentoase, alimentarea copilului bolnav, prepararea unor alimente dietetice, aplicarea de învelișuri hidroterapice etc.

În educația sanitară e necesar să se țină seama de nivelul instructiv-educativ al mamei, de standardul de viață, de topografia interioară a casei și de situațiile speciale din unele familii (drame familiale anterioare, stări anxioase etc.).

În cursul vizitelor, asistenta trebuie să dovedească răbdare, tact, stăpînire de sine și amabilitate. Este necesar ca vizitele să nu fie făcute în grabă.

În asistența la domiciliu, atît medicul, cît și cadrele medii nu trebuie să uite că, pe lîngă stabilirea diagnosticului și instituirea unui tratament corect, au de rezolvat, problema cîștigării și menținerii încrederii întregii familii. În cadrul familiei, se pot manifesta cel mai bine cunoștințele și talentul asistentei de ocrotire. Pe prim plan stă ușurința de a stabili un contact rapid cu bolnavul și de a căpăta încrederea lui. Pe lîngă noțiunile de specialitate, este necesară o capacitate de a înțelege și de a sesiza individualitatea fizică și psihică a copilului, precum și o putere deosebită de a descoperi dintr-o dată starea de spirit a părinților lui, adaptînd discuțiile și toate sfaturile în funcție de situația de fapt. Nu mai este vorba de o problemă de inteligență, de perseverență și de bagaj de cunoștințe, ci e de o înzestrare mai mult sau mai puțin pronunțată a fiecăruia. Bineînțeles, un rol important îi revine gradului de cultură generală, cunoștințelor de literatură, psihologie, sociologie. În convorbirile cu părinții sînt necesare o gamă întreagă de subiecte de discuție în funcție de profesie, tradiția locală, preocupări zilnice, profil psiho-social etc.

În același timp asistentele trebuie să fie persoane sobre, discrete, cu un echilibru interior și să nu încalce regulile de deontologie medicală.

În ce situații se apelează la medic?

Mamele care au crescut mai mulți copii știu să deosebească situațiile care necesită o vizită imediată a medicului, de cele care pot fi amînate pînă la consultația următoare. Părinții mai tineri solicită adesea o listă a simptomelor care necesită ur.

Scanned with OKEN Scanner

consult medical. Or, există zeci și chiar sute de boli ale copilului și nici o listă nu poate fi completă. Observația unei mame care-și supraveghează conștiincios copilul, precum și 1—2 cărți de popularizare constituie un ghid mai bun decît orice listă. Ca orientare vom înșira cîteva simptome mai des întîlnite.

697. Temperatura (vezi punctul 812) este un criteriu după care părinții apreciază starea de sănătate. Trebuie precizat că temperatura la copil se ridică foarte ușor. Un simplu guturai, o cameră supraîncălzită, o zi călduroasă de vară, un lapte prea concentrat și mai ales înfofolirea copilului sînt cîteva din cauzele foarte frecvente ale febrei. Mai mult, un sugar poate avea o boală gravă care evoluează cu o febră moderată sau chiar fără febră. Dacă febra a apărut la un copil liniștit, cu apetitul păstrat cu un guturai ușor și cu o stare generală bună nu este cazul să fie solicitat un medic în puterea nopții. Se va combate febra așa cum se indică la punctul 812. A doua zi, însă, la prima oră se anunță dispensarul pentru a se solicita vizita medicului sau asistentei de ocrotire.

Atunci cînd febra se însoțește de modificarea stării generale (fața devine palidă, copilul își pierde vioiciunea și interesul pentru cei din jur, refuză mîncarea sau apar semne de suferință ale vreunui aparat) se va chema de urgență medicul sau se va duce copilul la camera de gardă cea mai apropiată (spital sau policlinică). *Trebuie știut de toate mamele, că orice medic de copii sau orice cabinet medical (policlinică sau spital de copii) sînt obligați să primească, să examineze și să instituie tratamentul corespunzător în cazurile de urgență.*

698. Guturaiul. Dacă scurgerea din nas este accentuată și se însoțește și de alte simptome, iar sugarul pare că este învins de boală, se duce copilul la consultații.

De subliniat, că o mare parte din îmbolnăvirile grave ale plămînilor (bronhopneumonie) sau ale creierului (meningitele și encefalitele) încep cu guturai, nasul constituind poarta de intrare a multor agenți infecțioși.

699. Pierderea bruscă a poftei de mîncare constituie adesea un semn de îmbolnăvire. Dacă sugarul zîmbește, este vioi, doarme liniștit dar mănîncă mai puțin decît de obicei la 1—2 mese nu este motiv de alarmă nici pentru medic și nici pentru părinți. În cazul că odată cu pierderea apetitului apar și alte manifestări anormale, se apelează la medic.

700. Diareea adevărată, constituie un motiv de îngrijorare și impune să fie consultat medicul. Pînă la sfaturile acestuia sau ale asistentei de ocrotire se vor lua primele măsuri de tratament dietetic (vezi punctele 736—744).

701. Vărsăturile apărute brusc și repetate se semnalează de urgență cabinetului de pediatrie, mai ales dacă sugarul pare bolnav. Mama trebuie să învețe să deosebească regurgitațiile de vărsături și să alimenteze corect copilul pentru a preveni apariția acestor inconveniente.

702. Vărsăturile însoțite de scaune apoase cu mucozități și sînge au semnificația unei îmbolnăviri grave și sugarul trebuie dus de urgență la dispensar, sau în timpul nopții, la camera de gardă a celui mai apropiat spital de copii.

703. Dacă copilul tușește și respiră greu, se va consulta de urgență medicul.

704. Colicile abdominale constituie motive de necaz și de nesomn la multe mame, dar gravitatea lor nu este deosebită.

705. În caz de arsuri și intoxicații se iau primele măsuri așa cum se indică la punctele 779—784 și se transportă copilul de urgență la cel mai apropiat spital de copii.

706. Sîngerările nazale sînt rare la sugar. De obicei sînt impresionante, dar cu puțin calm se pot rezolva de către părinți (vezi punctul 788).

Scanned with OKEN Scanner

707. Erupţiile cutanate sînt foarte frecvente în primele luni de viaţă ale copilului. Eritemul fesier, petele, papulele, scuamele apar la orice sugar şi nu constituie un caz de urgenţă. După primele 6 luni de viaţă apar erupţii în cadrul unor boli contagioase ca rujeola, rubeola, varicela pe care mama trebuie să înveţe să le recunoască; la toate acestea sînt necesare consultul şi urmărirea medicală pentru recunoaştere, tratament şi prevenirea complicaţiilor.

708. Crustele de pe pielea capului sînt curente şi nu pun în pericol sănătatea copilului (vezi punctul 762).

709. Eczema nu constituie o urgenţă, dar sînt necesare indicaţiile medicului pentru alimentaţie şi tratament (vezi punctul 764).

710. Infecţiile cutanate (impetigo, piodermite, abcese, furuncule) sînt boli care pot primejdui viaţa copilului. Se vor trata la timp sub supravegherea susţinută a medicului şi a asistentei de ocrotire (vezi punctele 765—766).

711. Apariţia unor **boli la alţi membri ai familiei** (furuncule, abcesele cutanate, gripa, tuberculoza, blenoragia, hepatita epidemică, diareele infecţioase, tusea convulsivă, iar după 6 luni rujeolă şi scarlatina) se anunţă la dispensarul de pediatrie.

Primele măsuri în caz de îmbolnăviri

Reguli generale. În cazul unor îmbolnăviri ale copilului, mama trebuie să ştie să se descurce singură pînă la venirea medicului. Unele măsuri bine gîndite sînt de mare ajutor atît pentru copil cît şi pentru medic.

712. Regula de bază în astfel de împrejurări este ca mama să acţioneze raţional şi să nu-şi piardă capul.

Mama îşi cunoaşte, de obicei, bine copilul. Ştie exact ce-i trebuie şi sesizează imediat dacă ceva nu este în ordine. Este prima care observă cînd este iritat sau indispus şi nu mănîncă bine. Supravegherea va fi mai atentă.

De obicei, o îmbolnăvire acută se însoţeşte de febră mare care este motivul îngrijorării mamei. Primul pas care trebuie făcut este măsurarea temperaturii (vezi punctul 812.) Cînd febra este foarte mare (39,5—41°) se recomandă o baie caldă prelungită (la 35°) sau o împachetare rece. Dacă sugarul primeşte, nu se va evita să i se dea să bea lichide. Efectul acestor măsuri se manifestă prin scăderea temperaturii, calmarea şi uşurarea copilului. Dacă agitaţia se menţine, se va asocia administrarea de medicamente.

În cazul cînd sugarul prezintă în mod cert o tulburare digestivă (scaune diareice, vărsături, refuzul mîncării) se va suspenda alimentaţia şi se va da copilului ceai (de muşeţel, de chimen sau de anason) îndulcit cu zaharină sau cu puţin zahăr (1 linguriţă la 100 g lichid). Laptele nu este indicat.

713. Noţiuni de îngrijire. În cursul bolii, orice copil (la orice vîrstă ar fi) are nevoie de îngrijire atentă şi de dragoste. Mama este datoare să fie calmă, să nu se lase pradă unor reacţii catastrofale în momentele de agravare ale bolii, să noteze (în scris) tot ce observă la copil pentru a relata medicului modificările ce survin în evoluţia bolii. În plus este datoare să acorde încredere medicului curant şi să respecte toate indicaţiile acestuia. Enumerăm cîteva reguli de urmat:

a) Sugarul bolnav are nevoie *de mult aer curat*.

Scanned with OKEN Scanner

b) Patul se așază astfel, încît *să se evite curentul*. În cazul în care camera este necorespunzătoare (ușa se deschide direct afară sau pe o sală neîncălzită) se întind cearșafuri sau pături la ușă.

c) Poziția patului se fixează în așa fel, *încît lumina puternică* (razele unui bec electric sau ale soarelui) să nu se proiecteze pe fața copilului. Sursa de lumină artificială poate fi atenuată prin aplicarea a două cartoane în jurul becului (veieuză) sau de scutece (la lămpile mari).

d) *Temperatura camerei* în timpul băii sau la spălat va fi de circa 22°—24° la nou născut și de 20°—22° la sugarul mai mare. În restul zilei, temperatura va fi în jur de 20°, evitîndu-se oscilațiile mari de la o oră la alta (adesea în cursul zilei și serii temperatura este foarte ridicată, în timp ce în a doua jumătate a nopții este prea scăzută; coborîrea sub 15° este nocivă).

Copiii febrili nu se vor înveli în cameră caldă cu pufuri și plapumă.

e) Pentru protecția restului familiei, mama va purta, în camera în care îngrijește sugarul, *un șorț sau un halat* care să acopere toată îmbrăcămintea.

f) În cameră, se va aduce *un lighean cu apă, săpun și prosop*, situate la distanță de sugarul bolnav. Asupra necesității unui vas în plus, cu soluție dezinfectantă, decide medicul.

g) Medicul este singurul care hotărăște menținerea sau suprimarea băii zilnice. Sugarul bolnav (fie că transpiră mult din cauza febrei, fie că se murdărește prin scaune diareice sau vărsături) va fi spălat zilnic. În cazurile mai ușoare, se va face baie generală; sugarii în stare gravă se spală în pat, după ce se așază pe o mușama acoperită cu un cearșaf. Toate segmentele corpului se spală și se usucă pe rînd, pentru a evita o răcire prea mare.

În timpul băii, coloratia pielii și respirația vor fi supravegheate cu atenție. Dacă pielea devine mai palidă sau începe să se învinețească, se întrerupe imediat baia.

h) La orice sugar bolnav, mama va nota în scris:

— temperatura, măsurată de două ori pe zi; dimineața cînd se trezește și după-amiaza între 16,30 și 17,30;

— felul cum primește sugarul alimentația prescrisă de medic (se va face bilanțul alimentelor primite față de cele indicate);

— scaunele copilului (număr, consistență, conținut);

— vărsăturile;

— tusea (orar, caracter etc.);

— modificări în comportamentul general;

— erupții ale pielii.

i) Copiii cu extremitățile reci și cei cu diarei grave se încălzesc cu sticle cu apă caldă, aplicate la picioare.

j) Sugarii febrili și cei cu diarei infecțioase se izolează la pat.

k) La copii în stare gravă se curăță și se umezesc buzele din oră în oră cu infuzie de mușețel; de îndată ce starea lor se îmbunătățește ușor, li se dă să bea în cantități mici și repetate, fără a-i forța, ceai de mușețel îndulcit cu zahăr.

l) Curățirea nasului de secreții, mai ales în răceli, are o importanță deosebită. Crustele nazale se îndepărtează cu tampoane mici din tifon steril, înmuiate în infuzie de mușețel sau la nevoie într-o substanță uleioasă, ce se introduc în direcție dinainte-înapoi (nu în sus!). Secreția (apoasă, vîscoasă etc.) se aspiră cu ajutorul unei pompițe. Dacă secreția este purulentă sau cu sînge, se raportează medicului.

Scanned with OKEN Scanner

Nu se folosesc dezinfectante nazale decît la indicația medicului și numai pe perioade scurte.

Mama se va spăla bine pe mîini înainte de a proceda la toaleta nasului copilului.

m) Se urmărește cu atenție dacă sugarul prezintă *secreții* sau *dureri ale urechilor*.

n) După fiecare vărsătură sau scaun, sugarul se curăță, imediat și cu atenție.

Cel puțin o dată pe zi, de obicei după spălat sau baie, patul copilului se aerisește și se aranjează; la sugarii cu diaree, lenjeria patului se schimbă zilnic, se colectează separat și se fierbe. În celelalte cazuri cearșaful de pat se schimbă de două ori pe săptămînă.

o) Poziția în pat a copilului se fixează în funcție de boala de care suferă, după indicația medicului.

714. Examenul medical. Este mult mai dificil de recunoscut o boală la sugar decît la adult, copilul mic neputîndu-și exprima suferința. Medicul are nevoie de observațiile făcute de mamă, care este datoare să furnizeze informații precise asupra tuturor celor constatate de ea la copil.

715. Ce informații trebuie să furnizeze mama medicului. Medicul va întreba de: temperatură; apetit; dacă prezintă unul din următoarele semne: iritabilitate, agitație, plîns prelungit, paloare, tuse, răgușeală, vărsături, diaree, erupții ale pielii, durere la atingere, lipsă de interes față de mediu.

În caz de tulburare digestivă se va păstra ultimul scaun și dacă este posibil și ultima vărsătură pentru a fi arătată medicului. Asistenta de ocrotire sau sora de la cabinetul de pediatrie va face coprocultura.

Mama va încerca să recolteze puțină urină pentru a fi dată la analiză.

716. Se va avea grijă să fie create condiții ca medicul să se poată spăla pe mîini. În plus, mulți medici preferă să examineze copilul pe masă, nu în pat. Se va întinde pe masă o pătură, pe deasupra o mușama și apoi un scutec. Este necesară o lumină bună și se va pregăti de asemenea o linguriță pentru inspecția faringelui (vezi *Tehnica ținerii copilului la examenul medical la punctele 517—520*).

Boli ale nou-născutului

Bolile ombilicului

717. Ombilicul este o poartă de intrare importantă pentru infecții, dacă nu se folosesc pansamente sterile sau dacă mama nu se spală cu grijă pe mîini. Infecțiile pot rămîne localizate sau pot să se extindă, determinînd chiar septicemii grave.

a) *Infecția*. Înainte de a se mumifica, cordonul se tumefiază, se îngroașă, devine cenușiu-murdar. Se va schimba pansamentul la timp; se va tampona cu alcool 70° și se va pudra cu pulbere de Saprosan sau de sulfamidă.

b) *Granulomul*. Plaga ombilicală, în loc să se vindece după detașarea restului cordonului ombilical, mumificat, începe să zemuiască. În același timp apar una sau mai multe formațiuni cărnoase, de forma unor muguri.

Asistenta de ocrotire îl poate recunoaște ușor deplisînd bine pliurile de la nivelul ombilicului. Pe fundul plăgii ombilicale se vede un țesut ca o ciupercă, de culoare roșie, bogat vascularizat cu o bază de implantare largă sau pediculată. Acest granulom poate fi îndepărtat prin cauterizări prudente cu un creion de nitrat de argint, după care plaga ombilicală se usucă.

Scanned with OKEN Scanner

Granuloamele mai mari, pediculate, trebuie îndepărtate de medic cu ajutorul unui fir de mătase steril.

c) *Ulceraţia* apare prin infectarea cu germeni piogeni a plăgii ombilicale sau a bontului încă nedetaşat. Regiunea ombilicală este roşie şi tumefiată, iar plaga în sine este uşor scobită. Netratată, această ulceraţie poate duce la perforarea peretelui abdominal şi consecutiv la peritonita gravă. Orice plagă ombilicală infectată trebuie arătată medicului.

d) *Inflamaţia vaselor ombilicale*. Este vorba de infectarea trombuşilor ce se găsesc în vasele ombilicale. Ei reprezintă un teren propice pentru dezvoltarea germenilor ce pătrund prin plaga ombilicală. Ţesutul din jurul vaselor poate fi şi el interesat de procesul inflamator, ducînd la tumefierea regiunii ombilicale.

Tratamentul cu antibiotice, administrate pe cale injectabilă, este salutar.

f) *Tetanosul* era relativ frecvent în trecut. Bacilul tetanic pătrundea în plaga ombilicală deschisă, prin intermediul mîinilor murdare, a foarfecilor sau a pansamentelor murdărite cu pămînt de grădină. Astăzi se întîlneşte foarte rar.

Boala începe cu trismus (din cauza contracturii muşchilor maxilarelor, apare dificultate şi apoi imposibilitate la supt), faţa cu rîs sardonic (fruntea este încreţită, ochii strîns închişi, iar gura ca într-un rînjet). Apoi, rapid starea de contractură se generalizează, apar mişcări clonice ale extremităţilor.

Boala este de cele mai multe ori mortală. De aceea se impune sterilitate absolută la îngrijirea plăgii ombilicale. Serul antitetanic, antibioticele şi relaxantele musculare noi nu sînt în stare să vindece această boală gravă.

g) *Erizipelul* se manifestă prin roşeaţă, care uneori este greu de apreciat deoarece pielea nou-născutului este roşie. Se extinde rapid şi se însoţeşte de febră. Se vindecă prin tratament cu penicilină, în doze mari.

h) *Hernia ombilicală* se datoreşte unei absenţe de fibre musculare în peretele abdominal, în dreptul ombilicului. În timpul plînsului, o porţiune din ansele intestinale şi din peritoneu se deplasează în afară, formînd o umflătură de dimensiuni variabile în apropierea ombilicului. Hernia ombilicală, în general, se închide cu timpul de la sine.

Unii medici susţin că reducerea herniei cu ajutorul unei benzi de leucoplast, aplicată de către asistenta de ocrotire, ar favoriza vindecarea. Această practică nu rezolvă problema; dimpotrivă banda de leucoplast nu duce decît la eroziunea şi inflamaţia pielii. Hernia ombilicală se vindecă spontan în decurs de cîteva luni; numai în cazuri rare este necesară intervenţia chirurgicală.

Muguet-ul

718. Stomatita albicantă (muguet, ciupercuţă, soor). Mucoasa bucală şi limba sînt acoperite de puncte sau zone întinse albicioase. Dacă se detaşează acest strat albicios, mucoasa de dedesubt rămîne roşie. Boala este produsă de o ciupercă numită *Candida albicans*.

Muguet-ul poate provoca: dificultăţi de supt, vărsături.

Cu ajutorul unei pipete se pun de mai multe ori picături de glicerină boraxată, de stamicină sau de apă bicarbonatată. Frecarea sau ştergerea brutală pot duce la rănirea mucoasei bucale.

În acelaşi timp mama îşi va spăla sînii şi va purta lenjerie curată.

Scanned with OKEN Scanner

Bosa serosanguină

719. În regiunea capului la copiii care se nasc în prezentație craniană **pot apare umflături,** de diferite mărimi, de consistență moale. Se produc prin acumularea de lichid serosanguinolent în țesutul subcutanat, care regresează spontan în cîteva zile.

La copiii care se nasc în prezentație pelviană, bosa serosanguină este situată în regiunea fesieră.

Orice tratament este de prisos.

Cefalhematomul

720. Este o hemoragie subperiostală care apare pe un os al bolții craniene. Se traduce printr-o bosă ale cărei contururi bine delimitate se suprapun exact frontierelor unei piese osoase craniene.

Prognosticul cefalhematomului este bun: regresează spontan în 3—4 săptămîni.

Cefalhematomul nu trebuie confundat cu bosa serosanguină, care are contururi ce depășesc mult limitele unei piese osoase.

Icterele nou-născutului

721. Orice icter la nou-născut impune o supraveghere deosebită pentru a se descoperi la timp cauzele unui icter patologic.

În icterul nou-născutului se urmăresc trei elemente:

— Momentul apariției: un icter care apare înainte de cea de-a 2-a zi de viață este un icter precoce. Poate exista din momentul nașterii și în cazul acesta este foarte probabil determinat de o eritroblastoză.

— Intensitatea colorației: o concentrație a bilirubinei peste 15 mg% este un indiciu de gravitate. Numai intensitatea și precocitatea icterului, independent de cauză, pot constitui motive pentru exsanguinotransfuzie.

— Durata: peste 2 săptămîni se consideră un icter prelungit, fiind fie expresia unei tulburări a funcției hepatice, fie a unui obstacol pe căile biliare sau a unei boli hemolitice.

722. Eritroblastoza fetală, boala hemolitică a nou-născutului. Boala hemolitică a nou-născutului își are originea în viața intrauterină, datorită conflictului dintre sîngele mamei și fătului, generat de incompatibilitatea (nepotrivirea) grupelor sanguine. Principalele grupe sanguine ale omului sînt A, B, AB și 0 ca și factorul Rhesus. Acesta din urmă poate fi prezent (sînge Rh-pozitiv) sau absent (sînge Rh-negativ).

723. Mecanism de producere. Pentru a face mai inteligibile procesele patologice din cadrul eritroblastozei, vom porni mai de departe. Se știe că nu există potriviri între toate tipurile de sînge. Acest lucru se respectă cu strictețe în cazul efectuării transfuziilor de sînge.

În cazul cînd unui bolnav i se transfuzează sînge din altă grupă sanguină, se pot întîmpla două feluri de accidente:

— apare o reacție de șoc violentă (șocul de transfuzie) în cazul în care sîngele primitorului conține substanțe chimice (anticorpi) îndreptate împotriva eritrocitelor donatorului (de exemplu, transfuzie de sînge grupa B la un bolnav grupa A);

— sau începe o reacție lentă de apărare împotriva eritrocitelor străine, pătrunse în sînge, care se soldează cu distrugerea acestor eritrocite (de exemplu, transfuzie de sînge Rh-pozitiv la un bolnav Rh-negativ).

Scanned with OKEN Scanner

Are loc o reacție care se declanșează ori de cîte ori în organism pătrunde o proteină străină (proteină alimentară, proteină bacteriană), așa numita *reacție antigen-anticorp*. Această noțiune ilustrează că o anumită substanță străină de organism (antigen) declanșează producerea de substanțe specifice îndreptate împotriva celei (anticorp) care se fixează pe ea și o distruge. La primul contact cu substanța străină organismul de-abia începe producția de anticorpi. La o a doua invazie, antigenul găsește în organism un sistem de apărare chimică antrenat, care dispune imediat de o cantitate mare de anticorpi. Reacțiile sînt de intensitate diferită, uneori cu semne clinice alarmante: colaps, erupții cutanate, edeme, febră. Cînd antigenul ține de eritrocitele transfuzate are loc hemoliza masivă a acestora, urmată de apariția icterului. Asemenea procese stau la baza eritroblastozei fetale.

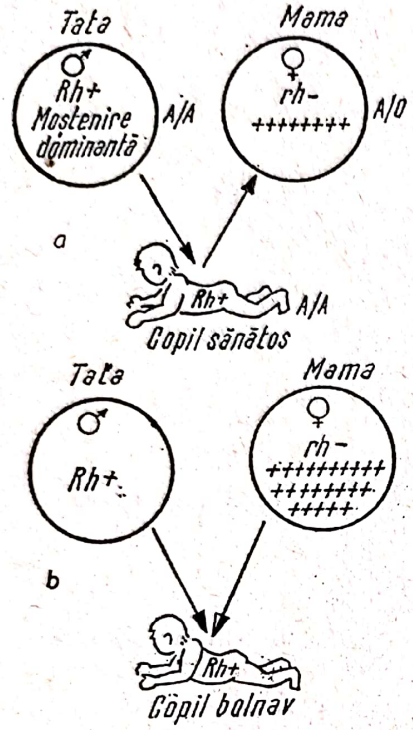


Fig. 113. Incompatibilitatea Rh:
a) prima sensibilizare: transfuzie feto-maternă în timpul nașterii; b) resensibilizare cu ocazia sarcinii următoare. Anticorpii fabricați de organismul matern determină hemoliza eritrocitelor copilului (după Palitzsch).

Se știe că în cursul sarcinii pătrund eritrocite fetale în sîngele matern, prin ruperea unor vilozități coriale. În timpul travaliului are loc un transfer mai mare de eritrocite fetale. În cazul cînd între mamă și făt există incompatibilitate de grupă sanguină sînt îndreptați anticorpii materni împotriva lor. Anticorpii formați în exces (anticorpi liberi) trec liber, ca toate substanțele chimice, bariera placentară și se fixează pe eritrocitele din sîngele copilului (anticorpi legați).

Există diferențe nete de manifestare după cum incompatibilitatea este în sistemul AB0 sau în sistemul Rh.

Organismul cu grupa sanguină 0, A sau B dispune de la naștere de anticorpii anti-A sau anti-B, sau de ambii. Astfel, de la prima sarcină copilul este periclitat dacă grupa lui sanguină este incompatibilă cu sîngele matern.

Exemplu: mama are grupa 0, serul ei conține anticorpi anti-A și anti-B. Un făt de grupă sanguină A sau B este periclitat. Apariția sau absența tulburărilor depinde de concentrația anticorpilor materni.

Diferențele din sistemul Rh sînt importante numai în cazul cînd copilul este Rh-pozitiv iar mama este Rh-negativă. În acest caz tatăl este cel care a transmis factorul Rh (transmitere dominantă).

Exemplele următoare arată diferitele constelații ce pot apare în familii.

1. Tata Rh + × Mama Rh − → Copil Rh + (Rh+/Rh−)

2. Tata Rh + × Mama Rh + → Copil Rh + (Rh+/Rh+)

3. Tata Rh − × Mama Rh + → Copil Rh + (Rh−/Rh+)

4. Tata Rh − × Mama Rh − → Copil Rh − (Rh−/Rh−)

Scanned with OKEN Scanner

În exemplele 1 — 3 copilul capătă proprietățile Rh-pozitive. Dar numai în exemplul nr. 1 în sîngele matern apar anticorpi. La prima sarcină, mama vine în contact pentru prima oară cu factorul Rh, așa că nou-născutul nu suferă. Începînd cu cea de-a doua sarcină producția de anticorpi poate fi mai intensă și pot apărea eritroblastoze grave. Dacă mama este sensibilizată înainte de prima sarcină, printr-o transfuzie cu sînge Rh-pozitiv, fenomenele patologice pot apare de la primul copil.

724. Cele mai multe ertroblastoze (90%) sînt date de factorul Rh. Acest lucru demonstrează marea capacitate antigenică a acestei proprietăți a eritrocitelor. Cu toate acestea numai în unul din zece cupluri care prezintă o constelație Rh nefavorabilă între bărbat (Rh-pozitiv) și femeie (Rh-negativ) duce la eritroblastoză.

Cauzele sînt următoarele:

a) Puține femei produc atît de mulți anticorpi încît să apară la titruri periculoase chiar în sarcini repetate.

b) Nu toți tații Rh-pozitivi sînt purtători homozigoți Rh (adică nu primesc atît de la mamă cît și de la tată proprietățile Rh). Heterozigoții pot procrea 50% copii Rh pozitivi și 50% Rh negativi. Astfel de situație este ilustrată în cazul copilului din exemplele 1 și 3.

725. Tabloul clinic ce apare ca urmare a reacției antigen-anticorp este compus din:

— *Hemoliză* care determină pe de o parte icter, pe de alta anemie. Măduva hematogenă și ficatul aruncă în circulație elemente tinere ale seriei roșii, uneori chiar elemente nucleate — eritroblaști, de la care provine numele acestui tablou al bolii.

În cazurile grave se mai găsesc:

— *Leziuni hepatice.*

— *Tulburări cerebrale*: somnolență, apatie, tulburări de supt, apoi, ca semne de atingere a nucleilor de la baza creierului („icter nuclear"), hipertonie musculară, poziție de opistotonus, convulsii.

— *Tulburări capilare* cu edeme:

Hemoliza se instalează de regulă numai după naștere, după îndepărtarea funcției placentare. Cu toate acestea unii copii sînt icterici din momentul nașterii.

726. Diagnosticul se pune pe baza examenului sîngelui mamei și copilului. În eritroblastoza Rh testul Coombs este pozitiv. În sîngele mamei se găsesc anticorpi anti-Rh în cantitate mare. În eritroblastoza AB0 se găsesc titruri ridicate de anticorpi anti-A sau anti-B.

Dacă suspiciunea de eritroblastoză se ridică în afara unei secții de nou-născuți (Casa de nașteri, maternitate mică etc.) se va proceda de urgență dar și cu prudență la transportul într-o secție de nou-născuți dotată corespunzător și se vor avea în vedere următoarele:

— dacă icterul există din momentul nașterii:

- cordonul ombilical se secționează la 10 cm de peretele abdominal;
- se recoltează sînge din vasele ombilicale pentru examene serologice;
- bontul ombilical se menține umectat cu ajutorul unei comprese înmuiată în ser fiziologic;

— odată cu copilul se vor trimite în secția de nou-născuți sau spital de copii:

- sînge matern pentru determinarea grupei sanguine și a titrului de anticorpi;
- date privind felul cum a decurs nașterea;
- date privind grupa sanguină a tatălui și, eventual, cazuri de icter la frații mai mari.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul transportului se va asigura încălzirea copilului și eventual aport de oxigen datorită anemiei existente.

727. Tratamentul de elecție este exsanguinotransfuzia. Cu ajutorul ei se poate preveni instalarea icterului nuclear. Gravitatea eritroblastozei Rh impune atenție deosebită. Atît în incompatibilitatea Rh cît și în cea AB0, ca și în hiperbilirubinemiile de altă cauză, exsanguinotransfuzia se hotărăște în funcție de concentrația bilirubinei în sînge.

Indicația este dată cînd bilirubina este mai mare de 8 mg% în primele 12 ore de viață, 15 mg% în a doua zi de viață și 18—20 mg% în zilele următoare.

O singură exsanguinotransfuzie este de obicei suficientă pentru a scădea cifra de bilirubină; uneori însă, prin punerea în circulație a bilirubinei depozitate în țesutul conjunctiv se poate depăși din nou cifra critică a bilirubinemiei, necesitînd o a doua sau chiar a treia exsanguinotransfuzie.

Prin administrarea abundentă de lichide (ceaiuri, perfuzii) se poate favoriza scăderea bilirubinei.

728. Icterele colostatice* neonatale constituie un grup de boli de cauze diferite, caracterizate prin îngălbenirea pielii (datorită prezenței în sînge și în țesuturi, în special în piele, a pigmenților biliari), scaune decolorate (din cauza lipsei de bilă prin înfundarea canalelor biliare) și urini colorate. În sînge se găsește o creștere a bilirubinei mixte, predominant cea directă, cu creșterea concomitentă a fosfatazelor alcaline, lipidelor și colesterolului.

În acest grup sînt incluse: a) icterul colostatic tranzitor sau icterul fiziologic (punctul 85); b) hepatite infecțioase (rubeola congenitală, boala incluziilor citomegalice, toxoplasmoza congenitală, infecții grave ale nou-născutului, sifilisul, hepatita epidemică); c) atrezia căilor biliare intrahepatice; d) atrezia căilor biliare extrahepatice; e) dop biliar în căile biliare extrahepatice; f) colostaza medicamentoasă etc.

729. Tratamentul icterelor prin colostază (adesea cu cauză greu de cunoscut) se face de către mulți autori cu corticoizi (1—2 mg/kilocorp/zi în cură de 3—6 săptămîni); în multe cazuri rezultatele sînt foarte bune. Rezultate favorabile s-au obținut cu Fenobarbital și cu fototerapie (aplicații ale lămpii cu raze infraroșii). Concomitent se va trata afecțiunea de bază (septicemia, sifilisul etc.). Medicamente ca: eritromicina și oleandomicina se vor administra pe perioade scurte (sub 10 zile) din cauza colostazei pe care o determină.

Dacă icterul se prelungește peste 3 săptămîni accentuîndu-se treptat, se suspicionează în icter mecanic prin atrezia căilor biliare, care poate fi vindecat uneori prin intervenție chirurgicală.

Infecțiile aparatului respirator

Problema „răceală"

730. Odată cu vremea răcoroasă de toamnă, în zona țării noastre începe **„anotimpul rece"** care se încheie cu vremea schimbătoare a lunii aprilie.

---

* Din limba greacă: *khole* = bilă, *stasis* = oprire, *acholie* = absența secreției biliare.

Scanned with OKEN Scanner

Se știe că în anotimpul rece populația și în special copiii prezintă mai des decît oricînd infecții acute ale căilor respiratorii, etichetate de profani ca „răceli", deoarece ei stabilesc o legătură directă între aceste îmbolnăviri și condițiile meteorologice nefavorabile.

Este greșită părerea că o simplă „răcire" a întregului corp sau și numai a unor segmente de corp poate provoca îmbolnăvirea. Rolul principal în apariția acestor îmbolnăviri îl joacă infecțiile căilor respiratorii cu diferiți agenți patogeni (mai ales virusuri).

Cînd se informează despre boală, medicii de copii sînt adesea confruntați cu convingerea aparținătorilor că este vorba despre o „răceală", atunci cînd, de fapt, este vorba de o infecție acută a căilor respiratorii superioare sau chiar a plămînilor. Cele mai multe mame sînt descumpănite cînd medicul nu acordă aceeași importanță ca și ele, factorului răceală.

Medicina teoretică are, după cum se știe, o poziție sceptică față de „răceală" ca boală. Cu toate acestea, orice medic cu experiență știe despre ce este vorba atunci cînd copiii cu astfel de „răceli" au nevoie de îngrijirile lui.

Un renumit pediatru german, Mäi, spunea că nu trebuie să fi studiat medicina pentru a stabili relații în timp între „răcirea corpului și îmbolnăviri catarale". Chiar dacă termenul de „răceli" este foarte vag și mulți îl vor nega din motive științifice, medicul este confruntat necontenit cu aceste afecțiuni în anotimpul rece. Medicina recunoaște rolul frigului în rezistența mucoaselor respiratorii. Convingerea masei de profani trebuie însă orientată spre cunoașterea etiologiei (cauzelor) infecțioase. Multe infecții virale au un vîrf al frecvenței în anotimpul rece (virusul gripal cu numeroasele sale tipuri). Această frecvență nu este legată numai de variațiile temperaturii exterioare, ci și de:

— numărul persoanelor ce locuiesc într-o cameră;

— compoziția microclimatului (aer viciat poluat de aburi, gaze de sobă, fum de țigară) în locuință;

— aglomerația în colectivități (creșe etc.);

— expunerea copilului la infecții ducîndu-l prin locuri aglomerate (magazine etc.) sau cu mijloace de transport în comun (tramvaie, autobuze etc.).

Toate acestea constituie condiții favorabile pentru răspîndirea virusurilor și bacteriilor, astfel încît infecțiile virale se răspîndesc foarte ușor în familii sau colectivități.

Cînd apare o infecție, mulți părinți nu se gîndesc deloc la acești factori favorizanți ai îmbolnăvirii; dimpotrivă, ei acuză de obicei ori „curentul" ori „răceala" de orice natură. Mamele își avertizează copiii să se ferească de răceală și umezeală, iar sugarii sînt bine împachetați înainte de a fi scoși la plimbare. Acest lucru ilustrează bine mentalitatea respectivă.

Chiar în colectivitățile de copii (creșe, cămine, spitale) și-au făcut loc păreri similare. Mamele aruncă priviri pline de reproș cînd copilul lor stă în curent sau temperatura din salon li se pare prea scăzută. Medicul ar fi neinspirat dacă nu s-ar situa de partea mamei îngrijorate. La dispensar, examinarea mai prelungită a unui sugar dezbrăcat departe de o sursă de căldură (sobă, radiator, calorifer) trece drept greșeală grosolană. Se știe că un sugar dezbrăcat începe să strănute într-o atmosferă mai rece.

Scanned with OKEN Scanner

Călirea sistematică a copiilor este indicată, dar un procedeu incorect este urmat la copiii sensibili de un rezultat contrar. Cine nu știe că un copil sensibil care iese în frig și umezeală cu gîtul neacoperit face ușor o faringită?

Frigul determină cel puțin o fragilizare premergătoare și scăderea rezistenței căilor aeriene. S-a putut demonstra că irigarea și capacitatea secretorie a mucoaselor se schimbă în mod reflex prin expunerea la frig, sistemul nervos vegetativ influențînd în mod direct asupra calibrului vaselor. Pe lîngă paloarea pielii apare brusc o creștere a secrețiilor mucoasei nazale și concomitent o îngustare a calibrului bronșiilor, cu diferențe individuale. Scăderea irigării mucoaselor determină o scădere a capacității de apărare și poate favoriza apariția infecțiilor deoarece agenții patogeni pot leza mai ușor epiteliul respirator.

Inflamațiile mucoaselor respiratorii ocupă primul loc în patologia sugarului. Deși un guturai evoluează de cele mai multe ori favorabil și o tuse nu înseamnă totdeauna că are ca substrat o îmbolnăvire serioasă, trebuie subliniat că aceste două manifestări influențează mult starea generală a copilului. Se va acorda o atenție deosebită infecțiilor banale ale mucoasei respiratorii (care se tratează de cele mai multe ori cu mijloace casnice, simple) cît și numeroaselor complicații.

Așa-numitele „răceli" au o importanță socială deosebită. Ele deranjează familia atunci cînd copiii se îmbolnăvesc unul după altul. Adesea se îmbolnăvesc și părinții; chiar cînd acest lucru nu se întîmplă, mama este obligată să stea în concediu pentru îngrijirea sugarului bolnav, ceea ce are repercusiuni la locul de muncă. Uneori nu poate fi evitată internarea în spital.

Frații mai mari, cînd se îmbolnăvesc, devin factorii de împrăștiere a bolii lor. Ei aduc în familie germenii din grădiniță sau școală.

Mucoasa respiratorie reprezintă nu numai poarta de intrare pentru germeni, dar tot de aici, prin strănut, tuse sau în timpul vorbirii germenii sînt răspîndiți în jur.

Rinofaringita acută

731. Prin rinofaringită se înțelege inflamația mucoasei nasului (din limba greacă: *rhis*, *rhinos* = nas) și a mucoasei faringelui (din limba latină: *pharuna*, *pharungos* = gît).

Este boala cea mai frecventă dintre afecțiunile aparatului respirator la sugar. Este provocată, în marea majoritate a cazurilor, de virusuri.

Rinofaringita începe cu febră care poate dura cîteva zile. Apetitul scade, vioiciunea dispare, respirația devine mai frecventă, apare tusea, somnul este agitat.

Dacă infecția cuprinde laringele, tusea se accentuează, vocea devine răgușită, respirația greoaie.

La început nu se constată secrețiile nazale, dar copilul respiră cu gura deschisă și suge greu din cauza edemului mucoasei nazale, care determină o micșorare a calibrului căilor nazale. Ulterior pot apare secrețiile care, din cauza poziției orizontale a foselor nazale, se scurg pe peretele posterior al faringelui.

Faringele copilului este roșu.

După 3—4 zile persistă numai guturaiul și tulburările legate de secreția nazală; tusea devine rară și productivă („grasă").

La sugarii eutrofici, evoluția este spre vindecare. Eventualele complicații sînt: faringita bacteriană, traheobronșitele, otitele sau bronhopneumoniile.

Scanned with OKEN Scanner

732. Tratament. Primul gest din partea mamei este să combată febra prin mijloacele indicate la punctul 812. În același timp va fi chemat medicul, care va adapta tratamentul în funcție de forma pe care o îmbracă boala la copilul respectiv. La început, în majoritatea cazurilor nu este necesar decît un tratament simptomatic (combaterea febrei, liniștirea copilului, dezobstruarea căilor respiratorii superioare).

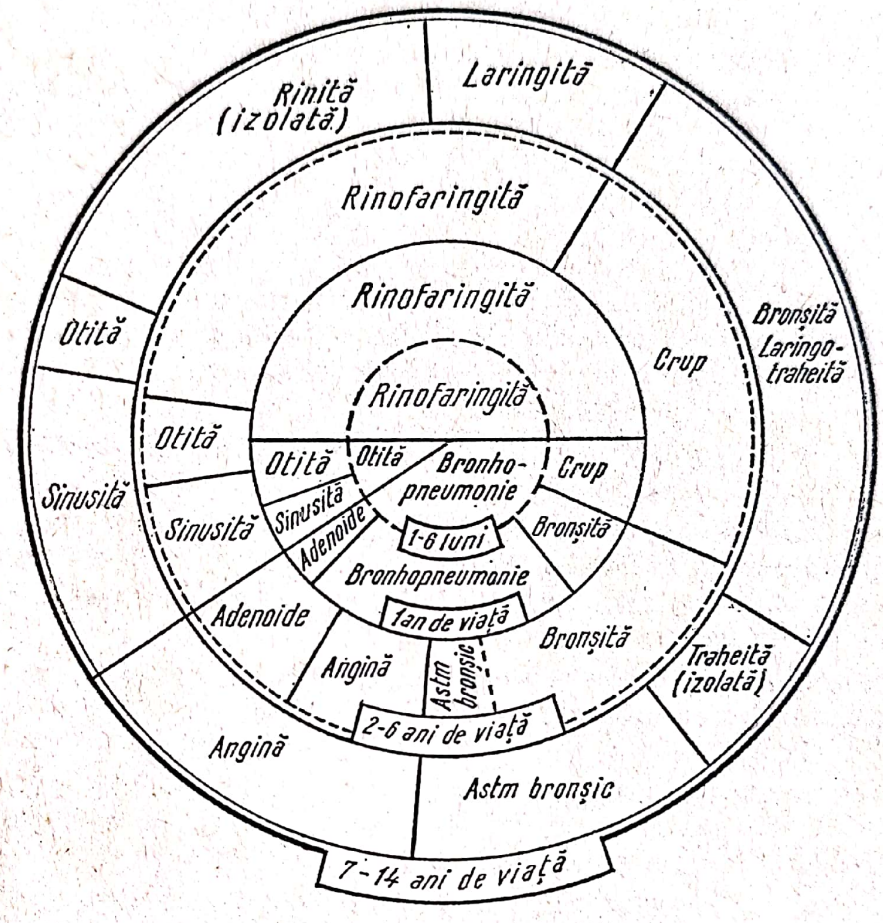


Fig. 114. Repartizarea după vîrstă a infecțiilor respiratorii acute la copil (după Erdmann).

Instilațiile nazale (picăturile în nas), atît de apreciate de unele mame, nu se vor face decît la indicația strictă a medicului și pe termen de cîteva zile. La sugar nu se folosesc picăturile uleioase. Nici curățirea cu tampoane de vată sau comprese sterile nu se mai recomandă de către mulți medici deoarece s-a constatat că prin aceste manevre se pot leza și infecta fosele nazale. Mai eficiente s-au dovedit picurarea de ser fiziologic simplu și aspirarea secrețiilor cu o pompă mică de cauciuc.

Este o mare greșeală de a se administra antibiotice de către părinți, din proprie inițiativă.

Alimentația sugarului cu rinofaringită se va face ținînd seama de cîteva reguli:

— dacă apetitul copilului nu s-a schimbat se va menține alimentația obișnuită (numărul, orariul și conținutul meselor);

— dacă sugarul refuză alimentația, *nu va fi forțat să mănînce*, ci se vor da de mai multe ori pe zi cantități mici și repetate de ceai sau de lapte diluat.

Scanned with OKEN Scanner

— se vor da lichide din abundență (ceai, sucuri de fructe sau chiar numai apă simplă);

— în caz că varsă, se vor administra sedative și se va face alimentația cu prudență și răbdare; mese fracționate, în cantități mici, date cu linguriță sau chiar cu pipeta.

Camera în care este ținut bolnavul va avea o temperatură convenabilă (20—22°), constantă în tot cursul zilei și nopții, cu atmosferă umedă.

În cazul în care febra crește și se menține, tusea se accentuează, apetitul dispare și apar unele manifestări alarmante ca: gemete, respirație greoaie, agitație sau somnolență, vărsături sau diaree etc., va fi consultat de urgență medicul.

Adenoidita

733. La locul de unire al cavității nazale cu faringele se găsește **o formațiune limfatică numită amigdala faringiană.** Spre deosebire de cele două amigdale care se văd în fundul gîtului la toți copiii, cînd deschid gura, această a III-a amigdală nu se vede la examenul direct al fundului gîtului.

Aceste trei amigdale sînt constituite din țesut limfatic asemănător cu cel din ganglionii ce se simt în axilă sau regiunile inghinale.

La baza limbii, pe peretele din spate al faringelui, în jurul trompei lui Eustache (canalul de legătură dintre urechea medie și faringe) se mai găsesc niște formațiuni care alcătuiesc împreună așa-numitul inel limfatic al lui Waldeyer. Întreg țesutul limfatic are rol de apărare împotriva infecțiilor.

Toate formațiunile limfatice au particularitatea de a se mări, ca efect al unor infecții acute, de durată scurtă, dar mai ales al infecțiilor care se repetă sau se prelungesc (devin „cronice").

Hipertrofia (mărirea) amigdalei faringiene datorită infecțiilor este denumită „vegetații adenoide" sau de către profani, în mod incorect „polipi". Infecția acută a adenoidelor poartă numele de „adenoidită".

Semnul cel mai caracteristic al hipertrofiei amigdalei faringiene este tulburarea respirației nazale. Copilul doarme și respiră mai mult pe gură, respirația nazală este zgomotoasă, cu multe întreruperi. Aerul pătrunzînd prin gură, fără încălzirea nazală, duce la apariția catarului faringian, bronșic și al trompei lui Eustache.

Adenoidita însoțește de obicei o rinofaringită acută. Temperatura este de 37,8—38,2°; cea mai ridicată temperatură se înregistrează în a doua parte a nopții și în primele ore ale dimineții („caracter invers" al febrei). Explicația acestei febre de tip invers constă în localizarea infecției la amigdala faringiană. Secrețiile nazale se adună noaptea în spatele nasului provocînd: febră, tuse și respirație zgomotoasă.

Ca tratament, pe lîngă combaterea temperaturii (vezi punctul 812), se recomandă să se pună în nas picături cu soluții care reduc edemul și secrețiile mucoasei nazo-faringiene.

Se indică vitaminizare susținută (vitamina C), camera bine aerisită, alimentație corectă. Mai tîrziu, la copiii cu infecții repetate ale căilor aeriene superioare, mai ales dacă se complică (otita etc.), un consult între medicul de copii și specialistul în boli de nas-gît-urechi hotărăște dacă și cînd este necesar să se opereze vegetațiile adenoide.

Scanned with OKEN Scanner

Otita medie

734. Prin otită medie se înțelege **inflamația catarală sau purulentă a părții medii a urechii,** compusă din căsuța timpanului cu cele 3 oscioare, celulele din interiorul mastoidei și trompa lui Eustache. Aceasta din urmă stabilește legătura între urechea medie și cavitatea faringiană. Otita medie poate fi determinată de agenți patogeni de tot felul. De cele mai multe ori aceștia pătrund în cursul unor răceli sau cataruri ale nasului și faringelui, pe calea trompei, în urechea medie.

Primele semne de otită medie se instalează, de obicei, brusc cu manifestări ca: febră, neliniște, țipete (din cauza durerilor), refuzul alimentației, vărsături și scaune diareice. Compresiunea exercitată asupra conductului urechii poate declanșa la sugar o durere vie manifestată prin plîns, semn de valoare relativă pentru diagnosticul de otită medie congestivă.

Adesea, în urechea medie se acumulează o secreție seroasă sau purulentă, care prin presiunea ce o exercită este răspunzătoare de suferința copilului.

Uneori se produce perforarea timpanului și evacuarea secreției prin conductul auditiv („urechea drenează"). În acest caz durerile, febra și celelalte semne regresează rapid. Alteori acest proces de vindecare spontană trebuie ajutat prin incizia timpanului („paracenteza") de către medicul specialist O.R.L. pentru ca stagnarea puroiului să nu pericliteze urechea internă.

Tratamentul otitei medii se face de cele mai multe ori cu antibiotice, care reduc atît complicațiile temute în trecut cît și numărul cazurilor care necesită paracenteza.

Administrarea de picături calmante este permisă numai cînd nu există drenaj auricular. Un mijloc terapeutic empiric este aplicarea de căldură locală (numai în cazurile de otită fără drenaj) asociată cu instilarea (picurarea) de ulei călduț în fiecare conduct.

În caz de otită medie supurată se practică spălături auriculare (vezi capitolul al VI-lea, punctul 550).

Bronhopneumonia

735. Este afecțiunea acută pulmonară specifică perioadei de sugar. Constă într-o inflamație acută a bronhiilor mici, determinată de virusuri sau de microbi.

Boala poate apare dintr-o dată, dar de cele mai multe ori este precedată de o rinofaringită acută.

Semnele care ne fac să ne gîndim la o bronhopneumonie sînt:

— febra mare (38,5—40°); la prematuri și distroficii avansați poate lipsi;

— respirația se îndesește, este greoaie, se însoțește de geamăt și de bătăi ale aripilor nasului; în cazurile grave apare o cianoză (învinețire în jurul gurii și nasului);

— tusea este frecventă, survine atît ziua cît și noaptea, este puternică, uscată și chinuitoare;

— copilul refuză alimentația, uneori varsă;

— starea generală este alterată; copilul zace, este palid; cîteodată este somnolent, absent, alteori agitat.

Orice bronhopneumonie necesită un tratament de urgență și intensiv. De aceea, mama va face tot ce este posibil să ajungă la un medic sau la Spitalul de copii teritorial, unde se pot acorda îngrijiri corespunzătoare (antibiotice, oxigen, susținerea funcțiilor vitale ale organismului).

Scanned with OKEN Scanner

Pînă la sosirea medicului sau internarea în spital mama va lua următoarele măsuri:

— va fixa copilului o poziție care să-i ușureze respirația: cu capul ridicat, ușor dat pe spate și cu căile respiratorii superioare eliberate de secreții (vezi punctele 803—804, și fig. 129—130);

— va fi ținut într-o cameră bine aerisită, eventual în apropierea ferestrei deschise de unde să aspire aer curat;

— se va administra un supozitor de „Aminofenazona L";

— se vor da lichide din belșug (ceai de plante zaharat, apă simplă).

La Dispensarul de copii, înainte de a fi expediat la spital se va administra copilului o primă injecție de Penicilină G în doza fixată de medic și va fi transportat cu un mijloc rapid de locomoție (mașina Salvării etc.). Cazurile extrem de grave vor fi însoțite de o asistentă sau soră de pediatrie.

Evoluția și prognosticul acestei afecțiuni grave a sugarului s-au îmbunătățit radical după descoperirea sulfamidelor și antibioticelor.

Diareea acută

Supravegherea și tratamentul unei diarei acute constituie o problemă întîlnită, din păcate, frecvent în perioada de sugar.

De altminteri, cea mai mare parte a sugarilor cu diaree pot să fie îngrijiți la domiciliu. Pentru vindecare și pentru evitarea apariției unei deshidratări (pierdere de apă) se impune însă respectarea de către mamă în mod imperios a recomandărilor medicale și o urmărire susținută din partea medicului și asistentei de ocrotire.

736. Sugarul pierde foarte ușor apa, deoarece față de adult este bogat hidratat. Apa reprezintă:

— 75% din greutatea copilului la naștere;

— 70% la un an;

— între 70 și 65% la copiii mai mari;

— circa 60% la adult.

Sectorul extracelular al sugarului este mai important decît al adultului. Sugarul reînoiește în fiecare zi jumătate din lichidul său extracelular.

Nevoile mari de apă sînt acoperite prin aport alimentar și reglate prin sete. Pierderile de apă se produc pe cale intestinală (materii fecale), prin piele (transpirație), pe cale pulmonară (respirație) și urinară.

Este ușor de dedus că la sugar:

— o diaree poate antrena o pierdere considerabilă din greutate;

— dacă febra (prin transpirație și respirație) și vărsăturile însoțesc diareea, riscurile agravării bolii sînt mult mai mari.

— Dacă pierderile de apă nu sînt compensate prin aporturi egale, reducerea lichidelor din corp duc la deshidratare, care implică tulburări grave ale echilibrului apei și mineralelor din corp, cu suferința funcțiilor vitale ale organismului lui.

737. Supravegherea unui sugar cu diaree implică următoarele reguli:

— Un sugar va fi cîntărit (dezbrăcat), cu același cîntar, în fiecare dimineață, iar în cazurile grave și seara.

Scanned with OKEN Scanner

— Dacă sugarul scade în greutate de la o zi la alta cu peste 5% din greutatea totală, este un semn de gravitate.

— Mama va nota, cu meticulozitate, numărul și aspectul scaunelor, numărul și cantitatea vărsăturilor și cantitățile de lichide primite de copil.

— Termometrizarea se va face de două ori pe zi (dimineața și după-amiaza între 16,30 și 17,30).

738. Asistenta de ocrotire va avertiza pe părinți asupra următoarelor puncte:

— un sugar nu se deshidratează dacă primește bine alimentele prescrise și nu scade în greutate;

— să respecte întocmai dieta prescrisă de medic; dacă sugarul nu primește alimentele prescrise, sau le varsă, va fi consultat de urgență medicul.

739. Se internează în spital sugarii cu diaree dacă la primul examen:

— Pierderea în greutate este egală sau peste 8%. Dacă nu se cunoaște greutatea anterioară recentă se va face evaluarea aproximativă după vîrstă.

— Au apărut semne de deshidratare: cuta făcută pielii de pe abdomen dispare încet sau persistă; elasticitatea pielii a scăzut; fontanela anterioară este deprimată; ochii sînt încercănați; buzele și limba sînt uscate.

— Se instalează semne de gravitate ca: paloare cenușie a feții; lipsă de interes pentru mediul extern; mișcările se reduc.

În cursul supravegherii la domiciliu, se va proceda la internarea în spital dacă:

— sugarul varsă;

— scaunele devin foarte dese și lichide;

— mama nu respectă dieta prescrisă și încalcă regulile de igienă.

740. Analize. La orice diaree, ar trebui să se facă o coprocultură înainte de începerea tratamentului (vezi tehnica la punctul 547).

741. Tratamentul medicamentos se face cu antiseptice (Saprosan, cîte un microdrajeu pentru fiecare kg de greutate corporală), sulfamide sau **antibiotice,** indicate de medic.

Dacă sugarul este febril se va da Aminofenazonă (Pyramidon) soluție 1%, cîte 1—2 linguriță, iar pentru liniștire se poate da o tabletă de Fenobarbital de 0,015 g. Nu se pun supozitoare în caz de diaree.

Tratamentul medical este însă departe de a fi suficient.

Tratamentul dietetic comportă următoarele puncte:

— oprirea inițială a laptelui;

— prescrierea de alimente cu acțiune antidiareică (supă de morcov, apă de orez sau Arobon);

— revenirea progresivă la un regim alimentar normal cînd diareea a dispărut.

742. Oprirea inițială a laptelui. Un sugar, pînă atunci sănătos, începe să aibă scaune frecvente și lichide. Această diaree, de intensitate medie, se însoțește sau nu de vărsături, lipsă de poftă de mîncare, febră. Indiferent de cauză (care se încearcă să fie precizată concomitent), oprirea laptelui și a celorlalte alimente se impune automat.

De altminteri, cînd diareea este ușoară, cu scaune mai puțin consistente, grunjoase este posibil să nu se suprime complet laptele. Reducerea rației calorice se face:

— fie reducînd rația globală;

— fie crescînd lichidul de diluție (apa de orez).

Scanned with OKEN Scanner

În acest fel se poate restabili o digestie normală, cu sau fără ajutorul vreunui medicament. O astfel de jumătate de măsură nu se adoptă decît atunci cînd este posibilă urmărirea conștiincioasă a scaunelor și greutății.

Dacă diareea survine la un copil hrănit numai la sîn, nu se va trece de la început la oprirea alăptării materne, riscul agravării fiind mai puțin însemnat.

Bineînțeles, suprimarea laptelui este compensată prin rația de apă care este dată, în funcție de alimentația anterioară, în 5—6 biberoane pe zi, dacă sugarul primește bine și nu varsă. Teoretic, un sugar are nevoie de 150 ml de lichid pe kilogram de greutate corporală în 24 de ore. Cantitatea va fi mărită în funcție de o eventuală deshidratare. Lichidul va fi, fie ceai, fie mai bine apă de orez (vezi prepararea la punctul 390), îndulcite cu 5 g zahăr la 100 ml lichid. Zahărul dă gust lichidelor și în același timp asigură un supliment de calorii, utile pentru nevoile metabolice esențiale.

Toate acestea sînt bine cunoscute de un mare număr de mame, care de îndată ce apare o diaree dau ceai sau apă de orez. În practică am constatat totuși că unele mame sînt tentate să facă una din erorile mai jos citate:

— Prima tentație este de a reduce rația de lichide; unele se tem să dea multă apă unui copil care are scaune lichide. Insuficiența de aport de lichide duce precis la deshidratare.

— O altă tentație este de a îndulci prea mult ceaiul, punînd mai mult zahăr (2 sau 3 linguriță la 100 ml, respectiv 6 linguriță la 200 ml, cît cuprinde un biberon).

— Cea mai frecventă greșeală este, de fapt, graba de a reveni la regimul alimentar anterior, după cîteva ore de dietă hidrică.

743. Regimul de alimente cu acțiune antidiareică. Supa de morcov (vezi punctul 438). Alimentele cu substanțe pectice ce se pot da la sugar sînt supa de morcovi și făina de roșcove; la copilul după vîrsta de 9 luni se pot da și mere rase. La noi în țară se folosește *supa de morcovi* care este, de fapt, *cea mai eficientă*, grație pectinelor pe care le conțin; ele au o putere adsorbantă, încetinesc trecerea alimentelor, prin tubul digestiv, calmează iritația mucoasă și se opun astfel pierderii de apă.

Cu supa de morcovi se obțin rapid (în 24—48 de ore în medie, adeseori spectacular) scaune consistente.

Pentru eficiența tratamentului este important ca:

— să se treacă prin sită toți morcovii;

— sita să fie deasă și nedeteriorată pentru ca morcovul să fie divizat în particule fine;

— înainte de a se da copilului să se agite bine biberonul pentru a se da toată pulpa de morcovi, care de obicei se depune la fundul vasului.

După vîrsta de 8—10 luni, unii sugari acceptă mai greu supa de morcovi, așa că se va trece rapid la mese pe bază de mucilagiu de orez. La sugarii din primele 6 luni este bine să se dea regim uniform de supă de morcovi la toate mesele. La copiii pînă la 6 săptămîni concentrația de morcovi va fi de 300 g la 1 000 ml lichide, iar după această vîrstă 500 g la 1 000 ml.

744. Realimentarea. Pentru a trece la realimentare, sînt necesare două condiții:

a) Regimul de dietă lichidă (6—12 ore în medie) și de supă de morcovi se va prelungi 24—48 de ore în medie. O reluare prematură a laptelui comportă riscul de recădere diareică; o dietă prelungită hidrică și pectică duce la subnutriția copilului.

Scanned with OKEN Scanner

b) Realimentarea se va începe după ce scaunele „de morcovi" au devenit consistente, mulate, fără lichid la emisiune și fără să mai lase un halo de lichid în jurul scaunului pe scutec. Apariția de scaune consistente este platforma de siguranță a realimentării sugarului diareic.

Tehnica realimentării se bazează pe progresivitatea introducerii unui preparat de lapte și a reducerii (treptate) a supei de morcovi.

Progresivitatea permite să se evite un dublu risc:

— brutalitatea în oprirea supei de morcovi;

— brutalitatea în introducerea laptelui.

Astfel, reluarea laptelui se va face „sub protecția" supei de morcovi. Scaunele trebuie să rămînă perfect consistente în cursul reluării alimentare; în funcție de aspectul scaunelor se va fixa rația de lapte (cantitate, concentrație).

Pentru *ilustrare* vom da cîteva exemple:

a) Un sugar de 4 săptămîni care primea anterior 6 mese a 100 g lapte praf 10% cu zahăr 5% în apă de orez 2%, în caz de diaree ușoară va primi:

I-a zi: 6 × 100 ml supă de morcovi 30%

A II-a zi: 6 × 80 ml supă de morcovi
20 ml babeurre sau Eledon 10% cu 5% zahăr cu apă de orez 2%, sau Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 2%.

A III-a zi: 6 × 60 ml supă de morcovi
40 ml Eledon sau Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 2%

A IV-a zi: 6 × 30 ml supă de morcovi
70 ml Eledon sau Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 2%

A V-a zi: 6 × 100 ml Eledon sau Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 2%

În următoarele 2 — 3 zile se va trece treptat la alimentația definitivă (lapte praf 8 — 10% cu zahăr 5% în apă de orez 2%).

b) Sugarul de 4 luni de 6 kg poate fi alimentat astfel dacă suferă de diaree:

I-a zi: 5 × 180 ml supă de morcovi

A II-a zi: 5 × 160 ml supă de morcovi
20 ml Lacto (Eledon, lapte albuminos sau în diareile ușoare chiar lapte praf)

A III-a zi: 5 × 130 ml supă de morcovi
50 ml Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 3%

A IV-a zi: 5 × 100 ml supă de morcovi
80 ml Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 3%

A V-a zi: 5 × 60 ml supă de morcovi
120 ml Lacto 10% cu 5% zahăr în apă de orez 3%

A VI-a zi: 5 × 30 ml supă de morcovi
150 ml Lacto 12,5% cu 5% zahăr în apă de orez 3%

A VII-a zi: 3 × 180 ml Lacto 12,5% cu 5% zahăr cu apă de orez 3%
2 × 180 ml lapte praf 10% cu 5% zahăr în apă de orez 3%

În 2 — 4 zile se trece la alimentația dinaintea îmbolnăvirii.

c) Sugarul de 9 luni, eutrofic cu diaree formă medie poate fi tratat astfel:

I-a zi: 5 × 200 ml supă de morcovi

Ziua a II-a: 3 × 200 ml orez pasat cu 5% zahăr cu 20 g brînză de vaci.
3×200 ml supă de morcovi

Ziua a III-a: 2 × 200 ml supă de morcovi
2 × 150 ml orez pasat cu 5% zahăr și 50 g brînză de vaci
1 × 200 ml supă de morcovi + 20 — 30 g carne fiartă fin tocată (de vită sau de pasăre).

Ziua a IV-a: 2 mese de orez pasat cu brînză de vaci
1 masă de supă de morcovi cu carne

Scanned with OKEN Scanner

Ziua a V-a: 1 masă de supă de morcovi îndoită cu lapte cu făinos (griș cu lapte)
1 masă de supă de morcovi
1 masă de supă de morcovi cu carne
2 mese de orez pasat cu brînză de vaci
1 masă de mere rase cu pesmet de pîine și brînză de vaci
1 masă de griș cu lapte

În 3 — 4 zile se va trece treptat la alimentația dinaintea îmbolnăvirii.

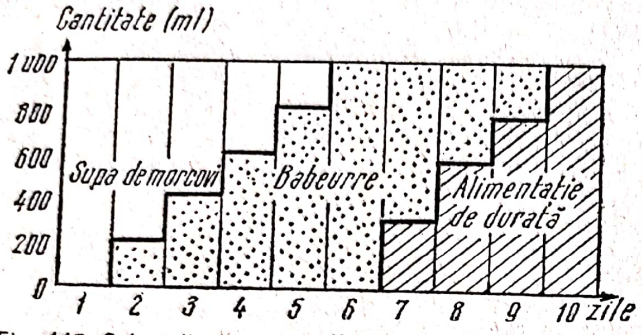


Fig. 115. Schemă pentru realimentarea în tratamentul dispepsiei la sugar în primele luni. *În loc de babeurre se poate da Eledon, lapte de mamă, Lacto, Humana H 14% sau lapte albuminos* (vezi punctul 392).

745. Eșecurile în tratamentul diareilor se datoresc următoarelor eventualități, mai des întîlnite:

a) *Lipsa de igienă* în prepararea și manipularea alimentelor pentru sugari.

b) Unii sugari, mai ales după vîrsta de 6—7 luni, refuză supa de morcovi. În aceste cazuri se va da la început apă de orez, apoi orez pasat îndulcit cu zahăr și amestecat cu brînză de vaci. Un astfel de regim va fi ținut 3—4 zile și apoi se va adăuga lapte în cantități mici, procedînd ca și în alimentația cu supă de morcovi. Rezultatele sînt mai puțin spectaculare, scaunele pot fi încă mai moi; se poate încerca cu lapte acidifiat degresat.

c) *Vărsăturile pot însoți deseori diareea.* La acești sugari dieta de supă de morcovi va fi precedată de o dietă hidrică, care se va face cu cantități mici de ceai de plante (anason, chimen sau mușețel) îndulcit cu zahăr 5%, sau cu soluție de glucoză 5%, simplă sau asociată cu ser fiziologic (1/4—1/3 din rație). Ceaiul sau soluția glucozată se va da în cantități mici și repetate, cu linguriță sau pipeta. Reușita depinde de răbdarea și îndemînarea mamei.

d) *Diareea persistă* în caz că tratamentul a început tîrziu, s-a dat o supă de morcovi incorect preparată sau s-a trecut repede la alimentația lactată.

Alți copii pot prezenta o *intoleranță* înnăscută la zahăr, lactoză, gliadină sau alt principiu alimentar. Aceste cazuri se vor interna în spital unde observația medicală și investigațiile de laborator vor stabili cauza diareii, instituindu-se tratamentul corespunzător.

Constipația

746. Absența scaunului timp de mai multe zile poartă numele de constipație. Scaunul neevacuat devine foarte consistent. La copiii alăptați (constipație aparentă) constipația are altă însemnătate decît la cei alimentați cu biberonul.

La sugarul hrănit numai cu lapte de mamă de cele mai multe ori este vorba doar de o constipație aparentă. Aceasta apare fie datorită faptului că laptele cu puține reziduuri este deosebit de bine utilizat, fie faptului că sugarul primește cantități prea mici și rămîn foarte puține reziduuri în intestin. Se poate clarifica situația prin cîntărirea sugarului sau prin proba suptului. Dacă sugarul se dezvoltă normal și este bine dispus atunci constipația nu trebuie să prezinte un prilej de îngrijorare. Începînd cu luna a 2-a se poate începe cu administrarea sucului de fructe sau a altor substanțe bogate în reziduuri și săruri minerale (supa de zarzavat, cu morcovi pasați) pentru a

Scanned with OKEN Scanner

rezolva situația. Administrarea de suc de portocale sau îndulcirea cu miere a ceaiului poate duce la rezolvarea parțială a constipației. Dacă laptele pe care îl primește este insuficient se completează după supt cu preparate de lapte.

La copilul hrănit cu biberonul constipația trebuie altfel privită. Adesea se datorează conținutului prea mare de proteine și grăsimi, ceea ce se întîmplă cu laptele de vacă insuficient diluat. În general alimentația necorespunzătoare a sugarului hrănit cu biberonul este cauza constipației. În cazul cînd copilul primește prea mult lapte constipația se menține atîta timp cît se continuă o alimentație monotonă, numai cu lapte de vacă. Scaunul este eliminat sub formă de *bile mici, tari, de culoarea chitului*, iar sugarul are colici. Această formă a constipației se poate rezolva prin reducerea cantității de lapte (nu a rației de alimente), prin diversificare (sucuri de fructe, pireuri de fructe, supa de zarzavat), prin prepararea laptelui praf cu apă de fulgi de ovăz sau de zeamil. Uneori folosirea de lactoză sau de miere în locul zahărului obișnuit dă rezultate. Se vor evita merele crude rase sau bananele, deoarece ambele accentuează constipația. Constipația poate să apară ca simptom secundar al altor boli, de exemplu în boli febrile sau alte tulburări hormonale. Poate fi și rezultatul unei fisuri a anusului. Durerea provocată îl determină pe sugar să evite evacuarea scaunului. În toate cazurile în care este necesară o singură evacuare (ex.: boli febrile), o clismă sau administrarea unui supozitor sînt suficiente. Repetarea în mod obișnuit a acestor procedee nu este însă indicată. Rezultatul ar fi o inactivitate totală a intestinului terminal. Nu se vor folosi nici purgative pentru adulți. Dacă nici unul din tratamentele amintite nu dă rezultate se va apela la medic.

Inapetența

747. În perioada de nou-născut și de sugar se aprecia cu decenii în urmă că inapetența este totdeauna de origine organică. Angajarea femeii în ocupații care o solicită dincolo de familie și mai ales de îngrijirea copiilor a făcut ca inapetența să devină mult mai frecventă decît înainte!

În primele săptămîni după naștere unele din cauzele inapetenței se suprapun cu ceea ce se descrie în cărți ca: „dificultăți de alăptare" (vezi punctele 148—167). Mama, asistenta de ocrotire și uneori medicul rezumă totul la constatarea că „nou-născutul nu vrea să mănînce de loc" sau are „un apetit diminuat". Dintre cauzele mai importante se pot cita:

748. Suferința nou-născutului la naștere. Lipsa poftei de mîncare la nou-născut are de regulă, la origine, o tulburare organică. Ea apare de obicei la cei care au prezentat suferință organică (suferință pre-, în timpul, sau după naștere). De multe ori, din fișa de însoțire de la maternitate nu se specifică nimic de vreo tulburare în starea copilului. Apreciem că, cu următorul interogatoriu simplu făcut mamei ne putem lămuri:

— „Copilul a țipat cînd s-a născut? La cît timp?"
— „Cînd vi s-a dat copilul la sîn"?
— A fost ținut la secția de „Reanimare"?

Anorexia apare la nou-născuții care se încadrează în una din următoarele situații:
— copii născuți din sarcină toxică sau în stare de asfixie;
— traumatisme obstetricale (mai ales hemoragii cerebrale);

Scanned with OKEN Scanner

— encefalopatii congenitale,
— malformații congenitale: gură de lup, cardiopatii congenitale;
— aspirația de lichid amniotic;
— icterul prelungit.

Medicul pediatru este obligat să acorde o atenție deosebită acestor copii, să precizeze diagnosticul și să ia toate măsurile pentru ameliorarea sau vindecarea defectelor cu care se naște copilul. Mama trebuie învățată cum să-și extragă laptele și cum să-l dea copilului.

Nu toate traumatismele cerebrale lasă urme. O mare parte din sugarii proveniți din nașteri laborioase, cu circulare de cordon în jurul gîtului sau cu alte semne de suferință fetală refuză să sugă în primele zile. Dacă suferința cerebrală nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de cîteva zile. Pentru aceasta este necesar să se mențină un tonus psihic corespunzător la mamă, să fie instruită pentru o tehnică perfectă de alăptare, iar copilul să fie pus în mod regulat la sîn pînă cînd începe singur să sugă.

După fiecare supt se golește sînul.

749. Prematuritatea. Copiii prematuri refuză sînul, nu „știu" să sugă sau nu au puterea să sugă. Acești copii au nevoie absolută de lapte de mamă. De aceea, la acești copii trebuie făcut totul pentru a primi laptele.

Orice prematur care depășește 2 000 g trebuie pus la sîn chiar de la început. Reușita depinde pe de o parte de felul cum medicul instruiește pe surori să posede o tehnică perfectă ca să poată ajuta și învăța pe mamă, iar pe de alta de cum știe să inspire mamei devotament și încredere în propriul ei copil. Suptul nu trebuie să dureze mai mult de 15—20 de minute. Dacă se constată semne de oboseală după supt, nu mai trebuie pus la sîn. În această situație, copilul va fi hrănit cu biberonul sau cu sonda. Dacă se extrage laptele regulat, se ajunge ca mai tîrziu, cînd copilul a devenit mai robust, să fie dat la sîn.

Alimentația cu sonda se recomandă la toți nou-născuții care nu au reflexul de supt, la cei care obosesc (chiar după biberon) și îndeosebi la prematurii cu o greutate sub 1 500 g.

750. Infecțiile din perioada de nou-născut se însoțesc aproape totdeauna de inapetență.

Pe lîngă tratamentul corect al afecțiunii de bază, se va asigura aportul de lichide, prin mese mici și regulate administrate cu răbdare și fără să se forțeze copilul.

751. Greșeli de alimentație:

— *rigiditate* în orarul și cantitățile ce se prescriu la copil;

— administrarea de ceai între mese (diluează sucurile digestive, produc o falsă sațietate, copilului îi este mai ușor de înghițit și mai plăcut la gust decît alte alimente);

— copilul *este ținut prea mult la sîn*, adoarme la sîn; își formează reflexul de a adormi ori de cîte ori este pus la sîn; încercarea de a-l lua de la sîn îl face să țipe;

— alimentarea copilului de către o persoană grăbită sau brutală.

752. Lene la supt. Nou-născutul normal poate prezenta perioade în care suge foarte puțin, cu întreruperi. Această stare este frecventă în timpul icterului fiziologic. Se recomandă să fie pus la sîn complet treaz, fără un orar rigid. În timpul suptului, pentru a-l împiedica să adoarmă, se bate sau se ciupește ușor de obraz. Dacă nou-

Scanned with OKEN Scanner

născutul, cu toate eforturile, ia o cantitate insuficientă de lapte, mama trebuie să-ș golească sînii pentru a se evita oprirea secreției lactate.

753. Cauze care țin de conformația sînilor mamei (mamelon ombilicat, mamelon mic, mamelon prea dur) și de substanțe *amare sau iritante cu care se „tratează" local sînii mamei*.

După cîteva încercări de a suge, copilul ajunge să nu mai tragă din sîni și să prefere ceaiul dulce cu care-l „potolește" mama.

Combaterea acestei cauze a anorexiei trebuie să înceapă încă din perioada graviditații, pregătind sînii pentru alăptare, prin mișcări de masaj și petrisaj, făcute corect și cu răbdare în decurs de săptămîni de zile.

754. Administrarea de medicamente. Pe lîngă tratamentele majore care trebuie date copilului în caz de îmbolnăviri, așa-zisa „vitaminizare sistematică" are uneori efecte negative; se citează îndeosebi anorexia nou-născutului și sugarului după administrarea de vitamină B pe gură pe perioade mai lungi. Complexul B are gust și miros dezagreabil, cu efecte negative asupra atitudinii copilului față de biberon sau linguriță.

755. Sugarul. Dintre cauzele inapetenței la sugar se pot cita:

a) *infecțiile*, îndeosebi rinofaringiene, stomatitele, diareele, infecția urinară, tuberculoza, afecțiunile acute ale aparatului digestiv, hepatita epidemică, otitele;

b) *cauze „reactive"*, rezultate din greșeli de îngrijire sau de atitudine din partea celor din jurul copilului:

— copilul alimentat de mai multe persoane, în stiluri diferite;

— excesul de impresii: copil alimentat cu „asistența" întregii familii, sau cu radioul deschis, în camere de trecere etc;

— forțarea copilului să mănînce;

— scheme de alimentație prea rigide în ce privește numărul prînzurilor; intervalul dintre ele; cantitățile ce trebuie administrate la fiecare masă;

— diversificarea forțată indiferent de felul cum primește copilul alimentele recomandate. Trebuie ținut seama de gustul, consistența, modul de administrare (biberon, linguriță etc.) ce convin fiecărui copil în parte;

— schimbarea mediului copilului.

756. Carențe prelungite în alimentația copilului, îndeosebi: după diete și diarei, avitaminoze, carență de proteine, diluții necorespunzătoare, carența de fier (cauză foarte frecventă) etc.

757. Tratamente prelungite cu antibiotice, îndeosebi tetraciclina.

758. Supraîncălzirea și aerul viciat din camera unde este ținut copilul.

759. Greșeli în folosirea factorilor naturali de călire:

— lipsa scoaterii copilului la aer;

— lipsa radiațiilor solare;

— lipsa băii zilnice.

760. Supradozarea unor medicamente. Dintre acestea cea mai frecventă este terapia de șoc cu vitamina D_2 (600 000 U.I. administrate dintr-o singură dată) în profilaxia rahitismului, care duce foarte frecvent la anorexie și agitație!

761. În sfîrșit, una din cauzele foarte controversate este **erupția dentară.** Se pare că edemul produs de erupția unui dinte se însoțește de dureri locale cu diminuarea apetitului, neliniște, uneori ușoară creștere a temperaturii.

Scanned with OKEN Scanner

Boli de piele

Crustele seboreice. Seboreea capului

762. Producerea excesivă de depozite seboreice pe pielea păroasă a capului sugarului, are loc în special în regiunea parietală și a fontanelei mari. Depozitele pot fi atît de masive încît să ducă la formarea unui strat compact, gros, grăsos, uneori urît mirositor. Prin desprinderea acestuia iese la iveală pielea roșie, iritată, cîteodată chiar o zonă zemuindă. Aceleași cruste pot apare și în regiunea sprîncenelor. Se pare că această leziune nu este pruriginoasă (nu dă senzație de mîncărime). Seboreea capului este manifestarea cea mai frecventă și — pare-se — cea mai benignă a așa-numitei dermatite seboreice. Aceasta este o stare particulară de inflamație a pielii ce se manifestă încă din primele săptămîni de viață și constă în secreție excesivă de substanțe grase, producere de scuame și înroșirea pielii.

Tratamentul vizează înmuierea crustelor cu ajutorul unui unguent cu adaos de acid salicilic 1—2% (ulei de vaselină sau vaselină). Deasupra stratului de unguent se aplică un pansament sau se pune o bonetă. Depozitele astfel înmuiate în timpul nopții pot fi îndepărtate fără dificultate a doua zi, cu ajutorul unui piepten des, curat.

Se va revizui alimentația sugarului. Eventuale greșeli de alimentație (supraalimentația, excesul de făinoase, excesul de lapte) vor fi înlăturate. În afară de acestea nu sînt necesare alte schimbări de alimentație.

Numai în cazurile mai grave, tenace sau recidivante se poate impune introducerea pentru scurt timp a unei alimentații fără grăsimi (săracă în grăsimi), cum ar fi babeurre, Eledon, dar numai la recomandarea medicului.

Eritemul fesier

763. Nu toți copiii fac la fel de ușor eritem fesier. Tendința la producerea eritemului fesier este mai accentuată în cursul dispepsiilor și în condiții de îngrijire necorespunzătoare.

Prin acțiunea iritantă a urinii și scaunelor apar zone întinse congestionate, uneori cu eroziuni.

Tratament: schimbarea copilului ori de cîte ori este ud, folosirea de scutec din material moale. Curățirea tegumentelor se face numai cu tampoane de vată înmuiate în ulei. Se recomandă aplicarea în strat gros a unei paste pe bază de zinc („mixtura"). Pudraj la plici. Copiii ținuți la incubator nu vor fi pudrați (pericol de aspirație!).

Eczema

764. Apare după vîrsta de 3 luni și este probabil de natură alergică. Intensitatea este variabilă. Cu măsuri atente de îngrijire, evoluția este favorabilă.

Se deosebesc mai multe forme:

— eczema umedă, crustoasă a feței și capului;
— eczema uscată, întinsă pe suprafață mare;
— forma mixtă.

Simptomatologie

— prurit (mîncărime);

Scanned with OKEN Scanner

— zone de roșeață zemuindă, înconjurate de papule mici și parțial acoperite de cruste gălbui;

— uneori zone de piele îngroșată, acoperită cu scuame, sau străbătute de ragade;

— alteori edem parțial cu congestia accentuată, febră și adenopatie, ca semn al unei suprainfecții;

— eozinofilie sanguină; cînd prin suprafețele zemuinde se pierde multă plasmă apare o hipoproteinemie.

Tratamentul este complex:

— evitarea gratajului (scărpinatului) prin aplicarea de mănuși, tăierea cît mai scurtă a unghiilor, medicamente antipruriginoase (împotriva mîncărimii);

— în eczema uscată; îndepărtarea crustelor prin comprese umede (ceai de mușețel sau soluție Rivanol 1‰) schimbate des;

— în eczema umedă: îndepărtarea hiperkeratozei cu ajutorul unui unguent salicilic 2% sau ulei salicilic 1% (se lasă să acționeze 1—2 zile);

— unguente cu corticoizi, eventual combinate cu preparate pe bază de gudron;

— în cazul unor suprafețe întinse inflamate se administrează antibiotice *per os* și/sau în unguente;

— în alimentație se va restrînge laptele. Pentru aport de proteine se va administra carne fin tocată (mixată), ficat. Pireul de zarzavat se va îmbogăți cu ulei vegetal (în loc de unt);

— se vor evita toate substanțele care au fost depistate ca alergizante.

Primejdii speciale pentru copiii cu eczemă sînt suprainfecția cu virusul herpetic sau cu virusul vaccinal.

Din practică se știe că diferențierea dermatitei seboreice de eczema sugarului este dificilă. De aceea sînt prezentate într-un tabel comparativ.

TABELUL XIII

	Dermatita seboreică	Eczema
Vîrsta apariției	primele 3 luni	după 2 luni
Prurit	absent	accentuat
Manifestări cutanate	pete mici, roșii, cu descuamație superficială; nu zemuiesc, excepțional se suprainfectează	papule, suprafețe zemuinde; suprainfecție frecventă
Localizare	la plici, în special regiunea fesieră. Pete pe frunte și obraji. Scuame groase pe pielea capului	la față, aripile nasului, urechi; gît. Roșeața obrajilor, scuame groase. Focarele pot fi răspîndite pe toată suprafața corporală

Infecțiile pielii

765. Apariția lor este favorizată de lipsa de igienă a mamei (mîini murdare!), scutece nefierte și incorect spălate sau manipulate, infecții ale pielii altor copii din maternitate, infecții ale mamei (panariții, abcese, furunculoză, mastite),

Scanned with OKEN Scanner

îmbăierea incorectă a nou-născutului sau sugarului. Din nenorocire, se întîlnesc foarte frecvent și astăzi.

La început pe o zonă roșie apar una sau mai multe pustule (elemente pline cu puroi), care prin lipsă de îngrijire corespunzătoare se înmulțesc, se pot generaliza sau crește în dimensiuni, transformîndu-se în abcese, furuncule sau chiar flegmoane și celulite.

Tratamentul este în primul rînd local: incizie (nu se storc!) cu bisturiul, îndepărtarea conținutului și tamponament cu alcool iodat 1% sau cu violet de gențiana. Imediat după aceea se face o baie generală cu soluție de Bromocet (vezi punctul 526). În caz de leziuni extinse (abcese multiple, furuncule, celulită) sau de localizări multiple se administrează și antibiotice pe cale generală.

După baie, pielea se poate pudra cu pulbere de sulfamidă sau de Saprosan.

Nu se aplică unguente.
Nu se aplică comprese umede.

766. Furunculoza este o infecție determinată de germeni piogeni (producători de puroi, de obicei de stafilococi), și manifestată prin formarea unor mici abcese.

Furunculul se manifestă întîi ca o mică umflătură tare, roșie, dureroasă. Apoi, în decurs de cîteva zile această umflătură se ramolește la mijloc, apare puroiul. Sursa de infecție este de obicei o mică leziune supurată a persoanei care îngrijește copilul. Transmiterea se face prin mîini sau obiecte de îngrijire.

Factorii favorizanți sînt: starea generală precară, stări de convalescență (după tulburări digestive) și condiții deficitare de îngrijire. Furunculele apar de obicei în zonele predispuse la transpirații abundente (axile, ceafă) sau acele regiuni expuse la contactul cu urina (coapsele, fesele) sau zonele pe care stă culcat copilul (regiunea dorsală).

Tratamentul trebuie condus de medic. El constă în deschiderea furunculelor colectate și eventual administrare de antibiotice.

Se va veghea cu strășnicie ca puroiul din furunculele deschise să nu se împrăștie în zonele de tegumente sănătoase. De aceea baia generală de curățenie este interzisă atîta timp cît există o plagă supurată deschisă. Germeni patogeni se împrăștie în apa de baie.

Zona din jurul furunculului se șterge cu comprese îmbibate într-o soluție dezinfectantă.

Se recomandă spălarea riguroasă a mîinilor cu apă și săpun, apoi cu o soluție dezinfectantă, atît înainte cît și după orice manevră a copilului cu leziuni supurate!

În caz de tendință la extindere, se internează (pericol de septicemie).

Boli contagioase

Rujeola (pojar, cori)

767. Definiție. Este o boală foarte contagioasă, produsă de un virus și caracterizată prin febră mare, tuse, secreții nazale și oculare și o erupție caracteristică.

● *Importanța bolii.* Aproape toți copiii se îmbolnăvesc de rujeolă. Sub vîrsta de 2 ani este urmată adesea de complicații pulmonare grave, cu o mortalitate încă destul de ridicată.

Scanned with OKEN Scanner

● *Modul de transmitere*. Boala se transmite numai *direct*, de la un alt copil bolnav, care este contagios 4—5 zile înainte de apariția erupției și pe toată durata erupției. Virusul se găsește în secrețiile nasului, faringelui și conjunctivelor bolnavului.

Boala se transmite prin aer („cale aerogenă"), prin picăturile de salivă, secrețiile nazo-faringiene și conjunctivale pe care copilul le proiectează în jurul său în timpul vorbirii, tusei, strănutului. Aceste picături infectează pe cei din jur, ajungînd pe conjunctivele și mucoasele căilor lor respiratorii. Numai cu totul excepțional contagiunea se face prin obiecte contaminate (virusul moare foarte repede în mediul extern).

Fig. 116. Rujeola în invazie.

Copiii între 1 și 10 ani sînt deosebit de receptivi. În colectivitățile de copii (creșe, grădinițe, școli), boala cuprinde aproape pe toți copiii care nu au suferit în trecut de rujeolă. După vîrsta de 3 luni

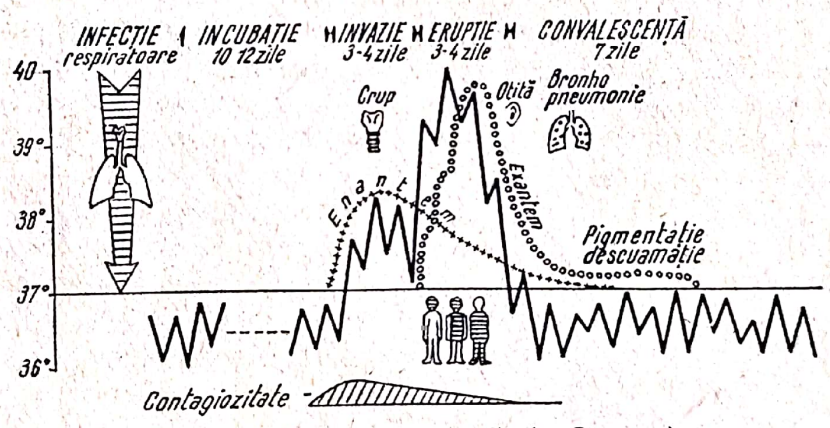


Fig. 117. Rujeola (după Florin Căruntu)

copiii pot face pojar la orice vîrstă. Este de dorit ca orice copil să nu facă pojarul sub vîrsta de 3 ani, căci pînă la această vîrstă complicațiile sînt frecvente și grave.

● *Incubația* este fixă, de 10—12 zile. La bolnavii care au primit gammaglobulină, incubația se poate prelungi pînă la 28 de zile. În această perioadă nu există semne de boală, dar în ultimele 2—3 zile bolnavul este contagios.

● *Invazia* (perioada cataralâ sau preerupția) durează 3—4 zile, pînă cînd apare erupția. Febra crește treptat, ajungînd la 39—40°. Apare catarul oculo-nazal: copilul strănută, tușește; din nas se scurge o secreție apoasă, abundentă; conjunctivele se înroșesc; pleoapele sînt ușor umflate, pe jumătate închise; ochii lăcrimează; lumina îl supără. Vocea poate deveni răgușită. Copilul pare „răcit" și boala poate fi luată drept „gripă", „guturai" sau „rinofaringită".

Scanned with OKEN Scanner

În faza de invazie este caracteristic semnul lui Köplik: în gură, pe mucoasa obrajilor, în dreptul măselelor apar cîteva pete roșii centrate de mici ridicături albe (aspect de boabe de griș), presărate pe mucoasă. Fundul gîtului este roșu-aprins, iar pe vălul palatului se constată mici puncte hemoragice.

Starea generală se înrăutățește: copilul, este somnolent, refuză să mănînce; copiii mai mari se plîng de dureri de cap și de dureri musculare.

● *Perioada eruptivă*. Erupția (exantemul) apare pe piele după 3—4 zile de la începutul bolii, întîi după urechi, pe față și pe gît. A doua zi petele apar și pe trunchi, iar în următoarele 2—3 zile se extind dinspre rădăcina membrelor pînă ajung la vîrful mîinilor și picioarelor. În momentul cînd erupția a ajuns la mîini și picioare începe să pălească pe față și gît, iar febra scade. În tot timpul erupției febra se menține mare (39—40°) și starea generală se înrăutățește.

Erupția de rujeolă este formată din pete roșii de diferite mărimi, cu formă neregulată, pe alocuri confluente; între pete rămîn totdeauna zone de piele sănătoasă. Petele dispar la apăsare, la pipăit se simt ușor reliefate și catifelate.

Copiii la care s-a administrat gammaglobuline în primele zile de incubație pot prezenta o erupție foarte discretă: pete mici, izolate, mai rare, care uneori nu cuprind toate regiunile corpului și care dispar mult mai repede.

După 3—4 zile de la apariția erupției febra începe să scadă, erupția pălește și dispare în ordinea în care a apărut (de sus, în jos).

● *Perioada de convalescență* începe la 6—8 zile de la începutul bolii. În locul erupției, pe piele rămîn niște pete cafenii, datorite unor mici hemoragii. În această perioadă apare o descuamație fină, tărîțoasă, mai accentuată pe față, care durează circa o săptămînă. Tusea și secreția nazală dispar treptat, după mai multe zile. Starea generală se ameliorează, copilul devine mai vioi și cere de mîncare.

În 9—10 zile boala se vindecă. În cazul copiilor cu vîrsta pînă la 3 ani, mama beneficiază de 14 zile de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav. Copilul de vîrstă școlară poate relua activitatea școlară după 10—14 zile de la începutul bolii.

● *Complicațiile* sînt foarte frecvente mai ales la copiii pînă la 2 ani. După rujeolă, reactivitatea organismului scade mult, așa că infecțiile microbiene îmbracă forme grave, punînd adesea în pericol viața copilului.

La un copil cu rujeolă se bănuie o complicație:

— dacă febra persistă sau apare din nou după ce temperatura revenise la normal timp de 2—3 zile;

— dacă, după ce a pălit erupția, copilul continuă să „zacă" și refuză mîncarea;

— dacă tusea devine mai frecventă și mai supărătoare pentru copil, iar copilul geme, respiră greu;

— dacă se plînge de dureri de urechi sau de dureri de cap.

a) *Bronhopneumonia* este complicația cea mai frecventă la copilul sub 2 ani. Febra persistă, tusea se accentuează; respirația devine mai frecventă, greoaie și se însoțește de geamăt.

b) *Crupul rujeolic* (laringita obstruantă), prin micșorarea sau astuparea laringelui poate duce la asfixia copilului.

c) Dintre *complicațiile mai puțin frecvente* se pot cita în ordinea frecvenței: stomatite, otite, pneumonii interstițiale, encefalita (rară, dar foarte gravă), vărsăturile, dizenteriile asociate.

Scanned with OKEN Scanner

Rujeola este o boală care slăbește mult capacitatea de apărare a organismului și deschide, în acest fel, drumul tuberculozei. De aceea, copiii cu tuberculoză în antecedente se vor controla ulterior prin examene medicale și radioscopii pulmonare.

● *Tratament.* Rujeola se îngrijește la domiciliu sub supravegherea medicului. Internarea este necesară numai în următoarele situații:

— dacă rujeola a apărut la un copil care suferea deja de o altă boală (otită, mastoidită, diaree gravă, pneumopatie acută);

— dacă rujeola a apărut la un copil într-o colectivitate închisă (preventoriu, colonie, spital, grădinița săptămînală, internat);

— dacă nu există condiții pentru îngrijirea în familie;

— dacă au apărut complicații.

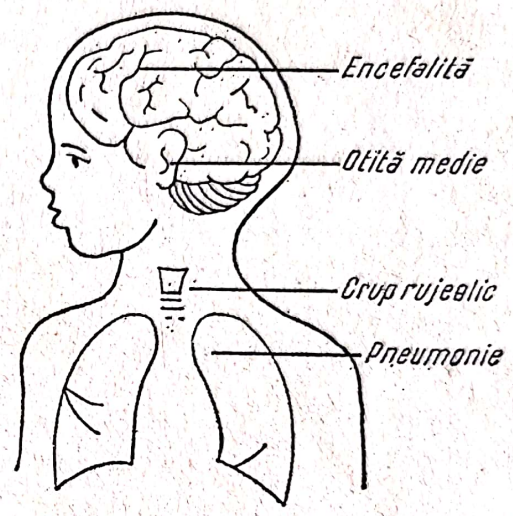


Fig. 118. Cele mai frecvente complicații ale rujeolei.

a) *Tratament igieno-dietetic.* În tot timpul perioadei febrile și al complicațiilor, copilul va sta la pat. Se va evita contactul cu persoane care suferă de alte boli (gripă, guturai, amigdalite, infecții ale pielii).

Camera copilului nu va fi supraîncălzită, ci se va menține o temperatură de 20—22°. Camera va fi bine aerisită și se va întreține o atmosferă umedă (vase cu apă pe sobă; prosoape umede lîngă sobă). Cînd prezintă catar oculo-nazal, lumina excesivă îi supără, așa că se va atenua lumina excesivă prin folosirea de becuri slabe seara și tragerea perdelelor la ferestre ziua.

Deîndată ce a scăzut febra, se face din nou baie generală.

In timpul cît este febril și copilul refuză să mănînce, nu va fi forțat să mănînce, ci i se va da cu răbdare și în mese mici: lichide din abundență (la sugar, ceaiuri și apă simplă; la copiii mai mari compoturi, lapte, făinoase, dulciuri, supe și pireuri de zarzavaturi). Imediat ce revine apetitul copilului, i se poate da un regim normal în funcție de vîrstă și de preferințele sale. Este greșită părerea după care în rujeolă se ține un regim strict, fără sare, fără grăsimi și fără carne.

b) *Tratament medicamentos.* Se vor da medicamente pentru combaterea temperaturii (Aspirină 0,10 g pe an de vîrstă și pe zi; supozitoare de Aminofenazonă L 1—2 pe an de vîrstă și pe zi), calmante ale tusei (poțiuni expectorante), liniștitoare ale sistemului nervos (Fenobarbital tablete de 0,015 g, 1—3 pe zi) la copii agitați sau predispuși la convulsii.

În caz de complicații (bronhopneumonie, otită) se vor da antibiotice (Ampicilină, Penicilină, Tetraciclină etc.) la indicația medicului.

Dacă survine crupul rujeolic, se aplică comprese calde pe gît (schimbate des) și se duce copilul de urgență la spital unde i se administrează: corticoizi, sedative, oxigen, antibiotice și, i se face, eventual, intubație traheală.

● *Profilaxie.* Sugarul nu contractează rujeola înainte de 3 luni, fiind protejat de anticorpii transmiși de mamă. În cursul celui de al II-lea trimestru, anticorpii materni scad progresiv din sîngele copilului. Rujeola se întîlnește rar și într-o formă puțin gravă între 3 și 6 luni. După aceea, substanțele protectoare dispar, și de aici înainte

Scanned with OKEN Scanner

rujeola devine o boală foarte periculoasă, mai ales iarna, cînd se însoțește frecvent de complicații grave.

Rujeola este foarte contagioasă, chiar în stadiul de început, cu 3—4 zile înainte de apariția erupției, cînd copilul are fenomene catarale. Contaminarea unui copil sănătos de la unul bolnav cu care stă în același apartament este aproape sigură. Boala nu se transmite printr-o a treia persoană. După scăderea febrei și dispariția erupției, boala nu se mai transmite. Nu sînt necesare măsuri speciale de dezinfecție. Camera în care a stat bolnavul se va aerisi bine.

Dacă se administrează copilului gammaglobulină în primele 1—3 zile de la contactul cu un caz de rujeolă, se poate preveni sau atenua boala. Dacă gammaglobulinele se administrează între a 4-a și a 7-a zi de incubație, boala poate apare mai tîrziu și sub o formă mai ușoară.

Recent s-a preparat un vaccin antirujeolic, care nu este încă aplicat pe scară largă.

Rubeola (pojărelul)

768. Definiție. Rubeola este o boală contagioasă, produsă de un virus, cu evoluție scurtă și foarte ușoară. Se caracterizează prin: erupție caracteristică și adenopatii (mărirea unor grupe ganglionare).

● *Importanța bolii.* Rubeola este importantă prin faptul că, dacă apare la femei gravide, poate determina malformații congenitale (vezi punctul 49).

Boala se transmite pe cale aeriană, numai prin contact direct, prin picături de la bolnav la sănătos. Dă o imunitate solidă pe viață.

Contagiozitatea bolii este redusă. Receptivitatea este mai mare la copiii între 5 și 15 ani.

● *Incubația* este de 14—21 de zile.

● *Perioada de invazie* este scurtă (1—2 zile) sau poate lipsi. La început copilul prezintă febră mică (pînă la 38°), dureri de cap, ușoară secreție nazală și conjunctivală. Mucoasa faringiană este roșie.

● *Erupția este* de multe ori singurul semn al bolii. Este mult mai redusă decît în rujeolă (uneori de-abia se observă) și este compusă din pete roșii-palide, care se unesc între ele. Apare mai întîi la față, apoi se întinde pe gît, pe trunchi și la urmă pe membre. Durează 1—3 zile. Erupția este variată, semănînd uneori cu cea din rujeolă, iar alteori cu cea din scarlatină.

Ganglionii limfatici suboccipitali (de la ceafă) și cei laterocervicali (uneori chiar toți ganglionii) sînt măriți.

Rubeola se vindecă totdeauna, fără complicații.

● *Tratament.* Cît are febră, copilul va sta în pat.

Alimentația va fi normală. Cel mult, în perioada cît are febră, se va da o alimentație mai ușoară cu ceaiuri, lapte, iaurt, pireuri de legume, fructe, pîine, biscuiți, macaroane.

Pentru combaterea febrei și a durerilor de cap se recomandă: Aspirină (0,10 g pe an de vîrstă), Piramidon (0,05—0,10 g pe an de vîrstă) și Fenobarbital tablete de 0,015 g 1—3, seara.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă copilul nu a împlinit 3 ani, mama salariată beneficiază de un concediu medical de 5 zile.

Femeile gravide vor fi ferite să vină în contact cu copiii bolnavi de rubeolă.

Varicela (vărsatul de vînt)

769. Definiție. Varicela este o boală foarte contagioasă, cu evoluție ușoară. Este produsă de un virus și se caracterizează printr-o erupție veziculoasă, generalizată.

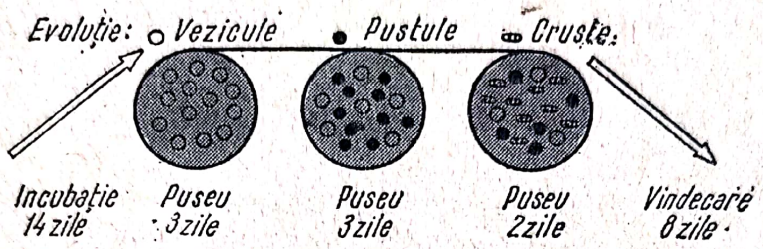


Fig. 119. Stadiile evolutive ale erupției de varicelă.

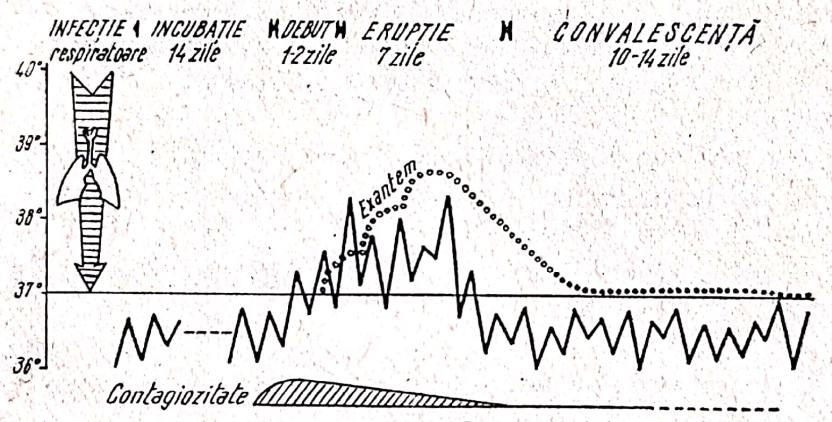


Fig. 120. Varicela (după Florin Căruntu și M. Angelescu).

● *Modul de transmitere.* Izvorul de infecție este copilul bolnav, la care virusul se găsește în secrețiile nazofaringiene și leziunile cutanate. Bolnavul este contagios pe toată durata bolii, pînă la căderea crustelor (14—21 de zile).

Boala se transmite direct de la bolnav la sănătos, pe cale aeriană, prin secrețiile nazofaringiene eliminate prin vorbire, tuse, strănut, precum și prin conținutul elementelor eruptive.

Receptivitatea la boală este foarte mare la toate vîrstele, dar mai ales la copiii între 2 și 15 ani. Boala lasă o imunitate solidă și durabilă.

● *Perioada de incubație* este în medie de 14 zile (10—20 de zile).

● *Invazia* (perioada preeruptivă) este scurtă (1—2 zile), cu manifestări discrete: febră ușoară, dureri de cap și musculare, indispoziție. Faringele este roșu.

● *Perioada de stare* se caracterizează prin erupția care apare pe tegumente (inclusiv pielea acoperită cu păr) și ia aspectul unor pete roșii, care în cîteva ore se umflă puțin (papule) și apoi se transformă în vezicule care conțin un lichid limpede, semănînd cu picăturile de rouă. Către a 3-a zi, lichidul din vezicule se tulbură (devin pus-

tule). Pustulele se transformă apoi în cruste care se desprind în circa 7—10 zile; dacă nu au fost infectate sau rupte de copil, crustele nu lasă semne. Numărul elementelor de varicelă este variabil: uneori numai cîteva (5—20), alteori sînt foarte numeroase, împrăștiate neregulat. Erupția este pruriginoasă (se însoțește de mîncărime). Ele pot apărea și pe mucoase (în gură, pe conjunctive, pe mucoasa genitală); aici veziculele se sparg, lăsînd ulcerații. În general sînt mai numeroase pe cap și trunchi și mai rare pe membre.

Erupția de varicelă apare în mai multe valuri, așa că în cursul evoluției bolii pe pielea copilului se găsesc concomitent elemente eruptive de toate vîrstele: macule (pete), papule (ridicături), vezicule (băsicuțe cu lichid clar), pustule (vezicule cu lichid tulbure), cruste (coji).

● *Complicațiile* cele mai frecvente sînt infecțiile secundare ale veziculelor prin microbi obișnuiți (stafilococi, streptococi etc.), favorizate de scărpinat și de lipsa de îngrijiri igienice ale pielii. Pot apărea: piodermite, abcese, flegmoane, stomatite, conjunctivite, rareori acestea pot duce la septicemie.

O complicație gravă dar foarte rară este meningoencefalita varicéloasă.

● *Tratament*. Copilul va fi ținut în casă pe toată perioada erupției.

Alimentația va fi formată la început, în perioada febrilă, din lapte, ceaiuri, supe, pireuri de legume, fructe, făinoase. Dacă pe mucoasa gurii există vezicule supărătoare, se vor da numai alimente moi. Imediat ce a trecut perioada febrilă, copilul va primi un regim alimentar obișnuit.

Pentru evitarea suprainfectării veziculelor se indică:

— copiii mari vor fi sfătuiți să nu se scarpine, iar celor mici li se vor înfășura mîinile în vată și tifon;

— se vor tăia unghiile scurt, copilul va fi spălat pe mîini cu apă caldă, săpun și perie de unghii de mai multe ori pe zi;

— lenjeria de corp și de pat se va schimba zilnic; se vor folosi scutece, cămășuțe sau pijamale moi, care să nu strîngă copilul, evitînd astfel ruperea veziculelor și crustelor;

— se va pudra pielea cu talc; se vor curăți cu un tampon cutele și plicile pielii; se va menține o igienă riguroasă a mucoasei bucale (se va clăti, de mai multe ori pe zi, cu ceai de mușețel), conjunctivelor (instilații cu ser fiziologic, curățirea pleoapelor de secreții cu infuzie de mușețel) și mucoasei genitale (spălare cu soluții dezinfectante slabe sau cu infuzie de mușețel);

— în faza de evoluție, cu vezicule și cruste, nu se va face baie generală; spre sfîrșitul bolii, cînd se mai mențin cruste puține, se poate face baie într-o cadă perfect curată.

În caz de complicații septice locale (piodermite, furuncule etc.) sau generale (septicemii) se administrează antibiotice. Local se aplică prișnițe, se dezinfectează și se pun pansamente.

În cazul cînd copilul bolnav nu a împlinit 3 ani, mama beneficiază de un concediu de 14 zile pentru a-l îngriji; durata concediului se socotește de la începutul bolii.

Boala se vindecă repede și fără vreun tratament special. Dacă copilul își rupe crustele sau dacă veziculele se suprainfectează, rămîn cicatrici.

Scanned with OKEN Scanner

Cîteva urgenţe

Accidente şi intoxicaţii

770. Importanţa problemei accidentelor decurge din constatarea care rezultă din statistici: accidentele şi intoxicaţiile sînt cauza majoră a mortalităţii la copiii din ţările europene. Regresiunea pericolului alimentar şi diminuarea pericolului infecţios pun în lumină acest nou flagel: *pericolul accidental*. Este paradoxal să se constate că acest risc, pe care s-ar putea acţiona uşor, deoarece reprezintă o *patologie evitabilă*, ocupă acum primul loc în statistici. Un moment de neatenţie, o lipsă de prevedere, un gest necontrolat din partea mamei sau altei persoane sînt de-ajuns pentru a favoriza un accident, uneori cu urmări fatale pentru copil.

Sub vîrsta de 1 an se produce cel mai mare număr de accidente, fără însă să ocupe primul loc în morbiditate şi mortalitate. Domneşte încă o oarecare neprecizie în privinţa cauzelor morţilor accidentale în perioada de sugar. Cauzele cel mai des incriminate sînt:

— supraîncălzirea (şocul caloric, insolaţia);
— sufocarea (cu dificultăţile de interpretare);
— căderile;
— intoxicaţiile;
— arsurile;
— accidentele de circulaţie.

771. Arsuri provocate de substanţe chimice. Leziunile pielii şi mucoaselor, provocate de substanţe chimice (baze, acizi) pot fi periculoase şi pot chiar primejdui viaţa copilului. De obicei sînt datorate neatenţiei adulţilor şi subaprecierii îndemînării copiilor. Detergenţii şi alte substanţe chimice necesare în gospodărie sînt periculoase şi trebuie ţinute sub cheie. Substanţele acide acţionează direct, prin contactul nemijlocit cu pielea şi mucoasele. De regulă copilul începe imediat să ţipe. Pielea şi mucoasele (colţul gurii, limba, cerul gurii, gîtul) au un aspect albicios. Un mare număr de astfel de arsuri este provocat de esenţa de oţet păstrată într-o sticlă necorespunzătoare.

Primul ajutor în cazul înghiţirii unei substanţe acide: se dă copilului lapte, un ou crud sau soluţie de bicarbonat de sodiu, pentru neutralizarea efectului.

În cazul înghiţirii unei substanţe bazice se dă oţet diluat sau zeamă de lămîie.

Aceste măsuri au un rost numai dacă se iau imediat după ce substanţa a fost înghiţită; mai tîrziu nu au nici un efect. Provocarea vărsăturilor nu este indicată. Copiii cu arsuri provocate de substanţele chimice trebuie transportaţi fără întîrziere la spital.

772. Arsurile şi opărirele (vezi fig. 106 p. 220 şi fig. 105 p. 219) sînt cauzele majorităţii accidentelor, pînă la vîrsta de 2 ani. De aceea copiii trebuie foarte bine supravegheaţi cînd sînt în bucătărie sau în spălătorie. Vasele conţinînd lichide fierbinţi trebuie plasate în aşa fel încît copiii să nu poată ajunge la ele. Sînt tipice accidentele întîmplate cu copiii care nu se ţin încă bine pe picioare şi care caută un sprijin apucîndu-se de faţa de masă, pe care o trag, răsturnînd tot ce se află pe ea. Cabluri electrice cu defecţiuni (fier de călcat!), cabluri de legătură puse în priză, prize neacoperite pot provoca arsuri grave prin electrocutare. Perna electrică poate provoca arsuri. Calori-

Scanned with OKEN Scanner

ferele încinse, sobele, ușile sobelor trebuie prevăzute cu dispozitive de protecție. Opărirea gurii, limbii, gîtului poate fi provocată de conținutul prea fierbinte al biberonului. Nu se va face duș copilului cu apă fierbinte necontrolată și nici nu se va scufunda copilul într-o cadă care se umple întîi de la robinetul cu apă caldă.

Măsurile de prim ajutor variază în funcție de gravitatea arsurilor. Chiar în cazul unor arsuri aparent ușoare trebuie intervenit. În cazul unor arsuri sau opăriri grave, copilul trebuie transportat de urgență la spital. Arsurile și opăririle de gradul întîi (numai înroșirea pielii) se spală timp mai îndelungat cu apă rece, pentru alinarea durerilor, apoi locul se unge cu un unguent gras. La arsuri de gradul al 2-lea (formare de vezicule) și al 3-lea (pierdere de substanță, sfacelare și carbonizare) se acoperă locul arsurii cu pînză curată, copilul este învelit într-o pătură și transportat de urgență la spital. În caz de opărire nu se va încerca niciodată să se scoată îmbrăcămintea aburindă, fumegîndă, ci se va turna peste copil și haine apă rece din abundență. După aceea copilul este dezbrăcat, este înfășurat într-un cearșaf curat și transportat de urgență la spital. Nu se aplică din proprie inițiativă pansamente, comprese cu ulei, unguente, făină, pudre, urină, așa cum se face adesea. În timpul transportului copilul trebuie ținut la căldură, bine învelit, cu sticle cu apă caldă la extremități. Arsurile și opăririle de proporții (care cuprind suprafețe întinse) pot fi mortale.

773. Asfixia mecanică prin aspirația de alimente. Sugarul este apucat de picioare, cu capul atîrnînd în jos, și este bătut pe spate. În caz că nu-și revine, va fi transportat de urgență la spital, pentru aspirație endobronșică.

774. Asfixia mecanică prin strangulare cu lenjerie de pat sau prin aceea că cineva se culcă peste el, în somn. Copilul este scos la aer curat, i se face respirație „gură la gură", iar dacă nu-și revine este dus de urgență la un cabinet de consultații.

775. Cădere cu traumatism cranian. Dacă un sugar cade de pe masa de înfășat, de pe cîntar sau din pătuț și după aceea face un hematom (revărsat de sînge sub piele, prin ruperea unor vase) sau are un simptom comoțional (pierderea cunoștinței, vărsături) va fi dus la medic și, eventual, i se va face o radiografie.

Pe zona unde se constată vînătăi se pot aplica, fie comprese reci, fie o pungă cu gheață (vezi fig. 103, p. 218).

776. Strangularea prin hamuri, scutece, bretele, fețe sau alte mijloace de fixare a sugarului este mai rară acum, căci se folosesc mult mai rar decît altă dată mijloacele de fixare. Șnururile lungi de la bonete, cămășuțe sau căciulițe pot să-i înconjoare gîtul, producîndu-i o strangulare adevărată, agravată prin eforturile copilului de a scăpa din strînsoare. Moartea survine foarte rapid, fiind precedată de o agitație disperată, cu cianoză sau spume la gură.

În ultimii ani s-au observat cazuri de strangulări, în familie, prin sforile cu care se leagă țarcurile sau se agață jucăriile, prin gratiile defecte ale paturilor sau țarcurilor, iar în colectivitățile de copii, prin scutecele sau cearșafurile cu care se leagă sugarii mari ca să nu escaladeze marginile paturilor (vezi fig. 107, p. 220).

De aceea, acum, sînt interzise hamurile la copii, iar în instituțiile pentru copii și în spitale se folosesc paturi cu margini înalte sau cu somieră deplasabilă.

777. Sufocarea prin lenjeria de pat este relativ rară. Acest accident se poate produce dacă sugarul alunecă sub cearșafuri și pătură, cînd se agită în timpul somnului sau cînd se trezește. Lipsa de aer antrenează o anoxie (privațiune de oxigen) rapidă, care face insensibil pe copil: se zbate puțin, nu țipă și nu atrage atenția anturajului; apoi devine cianotic și-și pierde complet cunoștința. Din cauza anoxiei se poate

Scanned with OKEN Scanner

produce o criză convulsivă terminală; contrar interpretării obișnuite, convulsiile sînt consecința și nu cauza sufocării. Cînd copilul supraviețuiește, pot rămîne sechele nervoase catastrofice.

Ca măsură imediată, copilul va fi scos la aer curat și i se va face respirație „gură la gură". Se cheamă de urgență „salvarea antișoc", iar în timpul transportului se administrează oxigen.

*

Semnalăm, la sugarul mare și copilul mic, posibilitatea sufocării extrinsece prin *pungi de material plastic*. O astfel de pungă se mulează pe față, astupă nasul și gura, antrenînd o asfixie rapidă pe care copilul nu știe s-o evite totdeauna.

778. Inhalarea de corpi străini, de particule alimentare sau de lichide de vărsături este o cauză de accidente adesea mortale. Decesul se produce:

— fie prin astuparea traheii și sufocare;

— fie prin șoc, a cărui natură alergică sau chiar anafilactică a fost probată în unele cazuri, îndeosebi în cazul laptelui.

Aspirarea alimentelor sau inhalarea lichidului din regurgitații pot surveni la prematuri, la debili, la vărsători obișnuiți la care reflexele sînt slăbite prin sedativele administrate pentru a stopa vărsăturile.

Corpi străini inhalați pot fi particule alimentare (bomboane, alune, boabe de cereale sau de mazăre etc.) sau nealimentare (bile din jucăriile sunătoare, mărgele, nasturi, monede, obiecte mici de material plastic). Nocivitatea corpilor străini vegetali este bine cunoscută: ei se umflă în contact cu secrețiile bronșice și se sfărîmă în pensa bronhologului (vezi fig. 104, p. 219).

Pătrunderea hranei sau a altor corpi străini, pe trahee, declanșează nemijlocit o reacție reflexă puternică, cu tuse brutală, prelungită, cu roșirea feței, apoi cu învinețire. Prin tusea puternică, organismul încearcă să îndepărteze corpii străini. Din fericire, sugarii și copiii mici se înecă relativ rar în timpul meselor; poziția anatomică a intrării în trahee asigură trecerea hranei pe lîngă laringe (chiar dacă sugarul țipă) către esofag. Mai ușor se întîmplă ca sugarul să se înece în timpul vărsăturilor. Sugarii cu tendință la vărsături vor fi culcați cu capul ceva mai sus decît trunchiul și înclinați puțin pe dreapta. Dacă s-a produs aspirarea și copilul începe să tușească, el trebuie aplecat înainte sau culcat peste genunchi și bătut cu palma pe spate, între omoplați. Periculoasă este pătrunderea de alimente sau corpi străini în căile aeriene la prematuri, la care reflexele de apărare sînt încă insuficient dezvoltate; se pot îneca și în timpul somnului, fără să reacționeze cu tusea caracteristică. Dacă ajung în trahee cantități mai mari de hrană, viața copilului poate fi în pericol imediat sau se pot produce, în zilele următoare, pneumopatii dispneizante, cu tuse asemănătoare celei din tusea convulsivă. Sechelele bronșice sînt destul de frecvente, în caz de tratament tardiv sau necorespunzător.

Orice copil care a inhalat lichide sau un corp străin va fi internat de urgență într-un spital cu serviciu de reanimare, unde se practică aspirarea sau intubația traheală și unde este supus unui tratament intensiv. La copiii cu convulsii, la cei aflați în comă (intoxicații) sau la copiii accidentați care prezintă hemoragii ale faringelui sau ale căilor aeriene, inhalarea lichidului de vărsătură sau a sîngelui *pot fi fatale*. De aceea, în timpul transportului unor astfel de copii se va fixa o poziție care să evite

Scanned with OKEN Scanner

inhalarea produsului de vărsătură sau a sîngelui; la nevoie se aspiră din cînd în cînd, cu o sondă obișnuită, sau se înlătură cu degetul înfășurat într-o compresă cheagurile de sînge, lichidele, secrețiile, eliberîndu-se în același timp fosele nazale.

779. Intoxicații (otrăviri). La sugar și copilul mic, intoxicațiile accidentale sînt foarte frecvente. Copilul duce și bagă în gură tot ce poate apuca: substanțe de uz casnic (detergenți, petrol, sodă caustică) sau medicamente care „întîmplător" au ajuns la îndemîna lui.

Intoxicații cu substanțe medicamentoase. În unele cazuri se ajunge la intoxicații medicamentoase în urma unor confuzii; mama administrează („din fugă", „din greșeală", „pe întuneric", „în timpul nopții" un medicament care se aplică numai extern (Bromocet, soluții alcoolice) sau care este contraindicat la copii, ca de exemplu, unele somnifere (Ciclobarbital), calmante ale tusei, „prafuri" sedative care conțin medicamente toxice pentru sugari etc.

Sugarul mai poate fi otrăvit prin *supradozarea medicamentului*, mama nerespectînd cantitățile și ritmul administrării indicate de către medic (Sirop de Romergan, poțiuni expectorante sau sedative, formulate de către medic).

Cea mai frecventă cauză de otrăvire este determinată de prostul și răspînditul obicei de a pune la un loc — pe o noptieră, pe bufet sau prin sertare — toate medicamentele.

O altă greșeală frecventă constă în aceea că mamele lasă pe noptiere substanțe cosmetice (colonie, pudră, dezodorizante, săpunuri etc.).

La sugar lucrurile sînt mai complicate deoarece sînt foarte greu să se stabilească: momentul și cantitatea de substanță potențial toxică care a fost înghițită de copil.

Consecințe grave are, întotdeauna, încercarea mamei sau a persoanei din neglijența căreia a avut loc intoxicația, de a ascunde restului familiei sau medicului, natura și cantitatea substanței și împrejurările în care a survenit otrăvirea.

Primele ajutoare. Cele mai multe intoxicații prin înghițire, la sugar, se descoperă, la început, nu prin simptomele de boală, ci prin constatarea că toxicul a dispărut. Șansele de reușită ale unui tratament sînt optime dacă acesta a fost început într-un stadiu precoce.

b) *Ce fac părinții?* Copilul trebuie să primească — cu condiția să nu aibă cunoștința pierdută și să nu fi băut un acid (oțet) sau bază (sodă caustică) — *cît mai multă apă* (simplă sau îndulcită; sugarul nu primește apa sărată, care se administrează în astfel de situații la copilul mare), de preferință pînă varsă. Nu i se dă să bea lapte, în afară de situația cînd sugarul a băut acizi.

Apoi sugarul este așezat de-a curmezișul coapselor unei persoane adulte, care stă pe un scaun, și este fixat cu fața în jos, cu capul mai coborît decît restul corpului, abdomenul fiind comprimat. Adultul introduce în faringele copilului un deget sau coada unei linguri, pînă ce acesta varsă.

Restul de substanță toxică, ambalajele rămase și lichidul de vărsătură vor fi luate neapărat și duse, o dată cu copilul, fără întîrziere, la cea mai apropiată instituție sanitară pentru copii; cînd spitalul nu este aproape, copilul va fi dus la cabinetul unui medic, pentru a i se face o spălătură gastrică și pentru a i se administra medicamentele adecvate.

c) *Reguli de bază pentru părinți și pentru cadrele medii* care sînt consultate telefonic în caz de intoxicație:

— Să se dea copilului să bea lichide.

Scanned with OKEN Scanner

— Să nu se dea lapte.
— Să se declanşeze vărsăturile.
— Să nu se piardă timpul.
— Să se prezinte medicului restul substanţei şi ambalajul.
— Să nu se ascundă adevărul asupra împrejurărilor în care a survenit otrăvirea.

Insistăm asupra acestor gesturi simple. Este o eroare de a combate o intoxicaţie dînd sugarului diferite „remedii" sau „leacuri", ca antidot sau ca purgativ. Laptele şi oleul de ricină, care se dau din obişnuinţă, pot vehicula otrava şi favoriza trecerea ei în circulaţia generală.

Dintre remedii se poate apela la cărbunele animal; acesta, dizolvat în sirop, dacă este primit de copil, constituie un foarte bun mijloc de a adsorbi toxicul, care este astfel eliminat prin materiile fecale. De asemenea, administrarea a 2 g de sulfat de sodiu, ca purgativ, grăbeşte evacuarea substanţei înghiţite.

Lichidele date din abundenţă provoacă diureză, ceea ce are ca efect eliminarea toxicului prin urină.

Se vor lua măsuri pentru a evita răcirea sugarului, care survine adesea în cursul otrăvirilor grave.

780. Intoxicaţia prin gaz aerian sau cu fum. Dacă se opreşte respiraţia, se va face respiraţia „gură la gură"; se vor deschide larg ferestrele. Se va apela la Salvarea cu instalaţie specială „antişoc" şi copilul va fi transportat de urgenţă la un spital cu secţie de reanimare.

781. Intoxicaţia prin contactul unei substanţe otrăvitoare cu pielea. Sugarul va fi dezbrăcat şi spălat într-o cadă cu apă multă care se împrospătează mereu. Dacă toxicul este înglobat într-o substanţă grasă, spălarea se va face cu apă caldă şi cu multă spumă de săpun.

La sugar nu se va folosi alcoolul, benzina şi eterul, ca substanţe liposolubile pentru îndepărtarea toxicelor, deoarece aceste substanţe volatile pot deveni ele însele toxice, prin inhalare.

Scutecele şi lenjeria de pat se scot afară de urgenţă.

Se dă copilului să bea ceaiuri călduţe bine îndulcite, care favorizează diureza.

782. În caz că substanţa toxică a ajuns la ochiul copilului, se vor deschide larg pleoapele şi se vor spăla din abundenţă, sub presiune (de la robinet deschis).

783. În intoxicaţia prin medicamente administrate sub formă de injecţii, medicamente necorespunzătoare sau supradozate (Fenobarbital, Clordelazin, Romergan etc.) se dă copilului să bea lichide îndulcite. Dacă este adus la un cabinet de consultaţii, înainte de a-l expedia de urgenţă la spital, asistenta de ocrotire sau sora pediatră va administra intravenos soluţia glucozată hipertonică (20—30%).

784. În intoxicaţiile prin inhalare (oxid de carbon de la o sobă defectă încălzită cu mangan, fricţii cu alcool, atmosferă de fum de ţigară, gaze de eşapament de la unele automobile) cel mai important gest este scoaterea sugarului la aer curat, însoţit, eventual, de respiraţie „gură la gură".

785. Lezări. Accidente cu lezări grave se pot întîmpla, în casă, mai ales cu obiecte ascuţite (care nu sînt puse la un loc ferit), cu jucării necorespunzătoare, precum şi în urma lovirii de colţurile mobilei. De aceea, cuţitele, furculiţele, foarfecele şi acele se păstrează în locuri la care copilul nu poate ajunge. De asemenea se va acorda atenţia cuvenită formei jucăriilor şi materialului din care sînt confecţionate.

Scanned with OKEN Scanner

786. Răniri cu pierdere de substanță (sîngerează). Nu se va atinge rana cu mîini nespălate sau cu lenjerie murdară. Rănile superficiale se șterg cu alcool iodat, apoi se aplică peste ele o compresă sterilă care se fixează cu o fașă sau cu leucoplast sau, în lipsa acestora, cu o bandă dintr-o bucată de pînză curată. Copilul va fi dus apoi la Policlinică, pentru a se face „toaleta" plăgii de către specialist și profilaxia tetanosului (foarte important!).

787. Ruperea acului în timpul efectuării unei injecții. Se încercuiește locul unde s-a rupt acul, cu un creion-dermatograf (în fesă, acul rupt se poate „ascunde" și este foarte greu de depistat dacă nu se cunoaște precis locul unde a fost introdus) și copilul este transportat la un cabinet de chirurgie infantilă.

788. Sîngerare nazală. Se așază sugarul culcat pe spate, cu capul ceva mai ridicat decît corpul și mama comprimă bine narina din care se scurge sîngele; eventual, se poate aplica o compresă cu apă rece pe frunte și nas. Dacă se face compresiunea nazală, sîngerările ușoare încetează în cîteva minute.

În cazul cînd sîngerarea survine după un traumatism (cădere, lovitură, înțepare), copilul va fi dus la un cabinet medical de nas-gît-urechi.

Repetarea sîngerărilor nazale necesită consultul medicului specialist, pentru a se constata dacă este vorba de o boală generală sau locală.

789. Supraîncălzirea (șocul caloric, insolația). Șocul caloric este un accident frecvent, care se produce într-o atmosferă prea caldă. La nou-născut și sugar, șocul caloric se declanșează ușor, din cauza dificultăților de adaptare a organismului incomplet maturat. O bună cunoaștere a reglării termice la sugar și respectarea regulilor de igienă permit evitarea acestui accident dramatic. Cadrele medii de pediatrie sînt datoare să-l recunoască și să intervină, chiar în lipsa medicului, deoarece cu fiecare minut dezordinele metabolice și neurovegetative se agravează și pot duce la moarte prin edem cerebral. Insolația apare în urma acțiunii directe a razelor solare asupra capului descoperit.

În ambele situații, simptomele și măsurile terapeutice sînt asemănătoare.

a) *Cauze.* Riscul acestui accident este mai mare în timpul verii și în cursul primelor 6 luni de viață. Poate să apară însă și în alte anotimpuri, precum și la copii mai mari, pînă la vîrsta de 2 ani. Alături de *insolație*, dintre cauzele care pot declanșa șocul caloric, cele mai frecvente sînt:

— temperatura ridicată a mediului înconjurător;

— excesul de îmbrăcăminte;

— aportul insuficient de lichide.

Creșterea temperaturii exterioare constituie elementul dominant. Originea căldurii poate fi:

— solară (sugar purtat în brațe; transportat într-un vehicul deschis; ținut multă vreme în cărucior, fără pălăriuță etc.);

— lăsarea copiilor în automobile cu geamurile închise, pe perioadă mai mult sau mai puțin lungă. Chiar dacă mașina staționează la umbră, soarele rotindu-se, poate transforma, în cîteva minute, interiorul automobilului într-un cuptor a cărui temperatură poate depăși 40° (este versiunea modernă a șocului caloric!);

— de la o sobă prea încălzită;

— dacă patul copilului este așezat lîngă sobă.

De reamintit că o ascensiune termică exterioară duce la o creștere a febrei oricărui individ. Copilul mare și adultul luptă împotriva acestei ascensiuni termice prin:

— sustragerea de la sursa de căldură;

Scanned with OKEN Scanner

— dezbrăcarea de hainele de prisos;
— consumarea de lichide.

Sugarul, complet dependent de anturajul său, nu poate beneficia de aceste mijloace de combatere a supraîncălzirii, efect al neglijenței și ignoranței celor ce-l îngrijesc. În timp ce toți adulții se dezbracă „la pijama", în apartamentul supraîncălzit, mulți părinți se încăpățînează să înfofolească și să acopere copilul, pentru „a nu răci". În timpul verii, aceiași părinți, în timp ce-și dublează propria rație de apă, omit de-a face același lucru pentru sugar, respectînd în mod strict rația de lapte.

b) *Prevenire*. Încă de la prima vizită la nou-născut, asistenta de ocrotire trebuie să convingă pe părinți că temperatura optimă în camera unde stă copilul este în jur de 20°. Patul se așază departe de sursa de căldură (sobă, calorifer).

La sugarul febril, indiferent de originea febrei, se va crește rația de apă, copilul va fi îmbrăcat mai ușor și nu se vor folosi sticle cu apă caldă.

În zilele prea călduroase (mai ales umede sau lipsite de adiere de vînt), sugarul nu va fi expus direct la soare; în timpul verii, cînd este scos din casă, copilul trebuie să poarte o pălăriuță, iar plimbarea se face în cărucior cu coviltirul ridicat sau prin locuri umbrite. Nu se folosește îmbrăcăminte de material plastic sau de lînă, ci numai din bumbac. În intervalul dintre mese se va da un supliment de lichide (apă fiartă și răcită, sucuri de fructe, ceai zaharat 5%). În călătorii se va lua un termos cu ceai.

c) *Cum se recunoaște*. La început, următoarele manifestări pot atrage atenția:
— copilul refuză sau primește foarte puțin din lapte;
— pielea sa este roșie, congestionată, caldă și acoperită de sudoare;
— devine agitat, plînge, țipă, se mișcă neîncetat (ceea ce favorizează creșterea temperaturii);
— temperatura i se ridică la 40°;
— setea este intensă: nou-născutul sau sugarul execută mișcări de supt ori de cîte ori i se apropie un obiect de buze.

În acest stadiu, un tratament simplu este suficient pentru a face să dispară toate tulburările.

În absența tratamentului, tabloul clinic se agravează:
— apar semne de deshidratare ca: uscăciunea limbii; ochii se înfundă în orbite; fontanela se deprimă. Dacă se prinde pielea între două degete, cuta provocată persistă;
— se adaugă tulburări al cunoștinței, îndeosebi crize convulsive;
— fața devine cenușie, cianotică;
— febra persistă.

În stadiul al treilea apar semne preagonice ca:
— hipotermie;
— paloare și răcirea extremităților;
— coma.

Aceste stadii se succed foarte repede și cu atît mai rapid cu cît copilul este mai mic.

d) *Tratament*. În stadiul inițial:
— Copilul va fi transportat într-o cameră răcoroasă, bine ventilată, pentru a-l sustrage acțiunii căldurii.
— Va fi complet dezbrăcat și introdus într-o baie cu temperatură mai joasă cu 2° decît cea rectală; apoi, baia se va răci progresiv. O altă metodă constă în a înveli copilul cu un prosop înmuiat în apă rece.

Scanned with OKEN Scanner

— I se va da să bea, ghidîndu-ne după setea copilului. Dacă primește se poate da, pe lîngă ceai, și apă ușor sărată (2—3 g la litrul de apă).

— Se va pune un supozitor de Aminofenazonă L.

În faza de deshidratare, tratamentul de urgență se poate efectua numai într-un spital. El constă în:

— Combaterea febrei prin mijloace externe, ca mai sus, asociind medicamente sedative hipotermizante (care scad febra): Clordelazin, Fenobarbital, Romergan.

— Tratamentul deshidratării (pierderi de apă) se face de obicei printr-o perfuzie endovenoasă (cu glucoză, hidrocortizon hemisuccinat, vitamina B_6, calciu).

Măsuri imediate la locul accidentului*

790. În epoca modernă, pe lîngă cauzele clasice de îmbolnăviri (infecții etc.) au apărut **accidente care devin din ce în ce mai frecvente și care necesită tratamente de urgență, pe care este bine să le facă oricine (medic, asistente medicale, părinți, milițieni, martori întîmplători).**

Prezentăm aici, în mod schematic, care sînt măsurile simple și imediate ce pot salva viața unui copil în caz de **accidente de circulație, electrocutări, submersii (înec), arsuri sau intoxicații.**

Aceste cîteva gesturi necesare și cu adevărat eficace trebuie stăpînite cu siguranță. Toate celelalte măsuri de tratament, specifice fiecărui caz în parte, se vor lăsa pe seama medicului de spital.

791. Diagnosticul imediat și tratamentul de urgență. La locul accidentului nu se fac considerații complicate de diagnostic diferențial și nici examene clinice care cer timp. Pentru diagnosticul de urgență sînt suficiente următoarele:

a) *Inspecția:* există răni deschise și hemoragii vizibile? mișcările respiratorii sînt prezente? copilul este conștient? au apărut semne de colaps (paloare, transpirații)?

b) *Palparea.* La antebrat (pulsul radial) sau la gît (pulsul carotidei) se palpează pentru a se constata existența și calitatea pulsului.

c) *Auscultația.* Se ascultă toracele pentru a se verifica dacă respirația continuă și dacă mai bate inima.

La copilul grav accidentat, în pericol de moarte, cu cunoștința pierdută, se vor efectua următoarele gesturi de *tratament de urgență:*

a) poziția corectă a bolnavului;

b) susținerea respirației;

c) susținerea circulației și tratamentul șocului (reanimarea circulatorie);

d) oprirea hemoragiilor, pansamentul plăgilor, imobilizarea;

e) profilaxia tetanosului (dacă accidentatul este adus la un post de prim ajutor: dispensar, policlinică etc.).

f) transport (urgent, în poziție adecvată).

792. Poziția bolnavului. Prima grijă se referă la aportul de oxigen la creier și oxigenarea sîngelui. Dacă o oprire respiratorie durează mai mult de 3 minute, lipsa de oxigen consecutivă produce un colaps (lat. *collapsus* = prăbușire) circulator;

---

* Pe lîngă experiența noastră s-au folosit materiale publicate de H. Moll, J.H. Ries, R. Gădeke, W. Dick și colab., B. Tschirren, precum și cele publicate în literatura noastră sau în scrisorile metodologice ale M.S. și Direcției Sanitare a Municipiului București.

Scanned with OKEN Scanner

acesta, la rîndul său, după 2 — 3 minute, produce leziuni definitive ale creierului. Nu avem, deci, la dispoziție decît 5 — 6 minute pentru a practica o reanimare* eficace.

Poziția cu capul mai jos decît restul corpului ușurează aportul sîngelui în creier. Cu ajutorul degetului arătător se îndepărtează eventuale corpuri străine din gură și faringe. Copilul cu cunoștința pierdută se așază în decubit lateral (culcat pe o parte) sau ventral (pe burtă) pentru ca eventualele lichide (vărsătură, mucozități sau sînge) să fie evacuate în virtutea forței gravitației. În același timp, această poziție evită astuparea căilor respiratorii superioare prin căderea limbii sau alunecarea posterioară a maxilarului inferior. Aspirarea lichidelor din cavitatea bucală se poate face și printr-o sondă simplă de cauciuc sau de material plastic. În ultimul timp, trusele de urgență și unele truse medicale ale automobiliștilor sînt înzestrate cu sonde speciale de aspirat (*Dräger* etc.).

În caz de pneumotorax deschis (rănire gravă a cuștii toracice cu scurgere de sînge cu bule de aer), se apropie buzele plăgii și se aplică etanș o bandă de leucoplast.

793. Asistarea respirației este necesară ori de cîte ori respirația spontană este dereglată. Acest lucru se recunoaște prin:

— *micșorarea sau încetarea excursiilor toracice și a vigoarei respirației* (vorbirea șoptită);

— *cianoza* (învinețirea) mucoaselor (buze, gură, conjunctive), a extremităților (mîini, picioare) sau generalizată;

— *obnubilare* (lat. *obnubilare* = a acoperi cu un nor; tulburare a stării de cunoștință) sau pierderea totală a cunoștinței;

— *respirație suspinoasă* sau semne de asfixie (gr. *asphyxia* = oprirea pulsației; dificultate sau oprirea completă a respirației);

— midriază (*mydriasis* = mărirea pupilei) fixă.

Dacă în ciuda permeabilității căilor respiratorii superioare, respirația spontană nu este eficientă este vorba de o paralizie centrală a respirației (traumatisme craniene grave, intoxicații etc.) și se impune începerea de urgență a respirației artificiale, deoarece în apneea (gr. *a* = lipsă; *pnoia* = respirație, oprirea respirației) completă leziunile anoxice ireversibile ale celulelor nervoase se instalează după 3 — 4 minute și duc la deces după circa 8 minute.

Experiența practică și cercetările experimentale au dovedit că toate metodele convenționale de respirație artificială manuală la bolnavii cu pierderea cunoștinței nu asigură o ventilație alveolară eficientă. Dimpotrivă, respirația prin insuflație sau respirație „gură la gură", care constă în insuflația aerului expirator al reanimatorului în plămînul pacientului, asigură o ventilație eficientă și poate fi practicată în orice moment și fără nici un ajutor. Concentrația în oxigen a aerului expirator (16%) este suficientă pentru oxigenarea sîngelui bolnavului.

În respirația „gură la gură" la copil, condițiile sînt favorabile datorită faptului că reanimatorul poate cuprinde atît gura cît și nasul copilului; în acest fel se realizează o hiperventilație eficientă fără a obosi prea repede.

a) *Tehnica respirației*. Copilul este culcat pe spate sau pe o parte. Reanimatorul aplică o mînă pe fruntea copilului (pe zona de implantare a părului) și pe

---

* Reanimare (réanimer = a reînsufleți) = ansamblul de măsuri destinate să remedieze lipsa de oxigen și acumularea de gaz carbonic, prin restabilirea uneia sau mai multor funcții vitale ale organismului.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 121

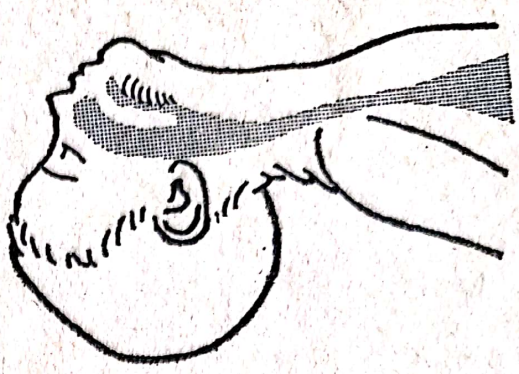


Fig. 122

Fig. 123

cealaltă sub maxilarul inferior, realizînd flexia capului pe ceafă și ridicarea maxilarului. În această poziție căile respiratorii sînt deschise, iar gura este închisă (fig. 121 și 122).

● *Insuflația*. Reanimatorul face o inspirație profundă, cuprinde cu gura, etanș, nasul și gura copilului (la copilul mare numai nasul) și insuflă sub presiune ușoară, propriul aer expirator (fig. 123).

● *Expirația*. Reanimatorul se îndepărtează de bolnav. Expirația are loc spontan și se poate urmări prin coborîrea toracelui și abdomenului. La sugar se observă numai mișcarea abdomenului, deoarece coastele au în mod fiziologic o poziție orizontală și chiar respirația fiziologică este aproape exclusiv o respirație de tip abdominal.

● *Dozarea*. La copil se insuflă volume mici sub presiune mică și frecvență mare. Pentru sugar, copilul mic și școlar se face o insuflație la 2 secunde. La copilul peste 14 ani și adult se indică o insuflație la 3 secunde. Se poate întîmpla ca insuflația să fie făcută prea puternic și prea repede! În cazul cînd aerul pătrunde și în stomac, se așază copilul culcat lateral și, prin compresiuni ușoare asupra segmentului superior abdominal, se evacuează aerul.

Respirația asistată este posibilă și prin intermediul unei piese speciale (de exemplu „orotubus Dräger") sau printr-un cateter rinofaringian. Acestea nu ameliorează tehnica respirației ci permite numai evitarea unor rețineri de ordin igienic ale reanimatorului.

Respirația asistată cu ajutorul unui burduf și cu mască facială este mai complicată și se practică, de obicei, numai în spitale.

794. Susținerea circulației și tratametul șocului. La toți accidentații gravi și în special în cazul traumatismelor craniocerebrale, în striviri, arsuri, hemoragii interne și externe se constată *semne de șoc*. La locul accidentului este greu de precizat tipul sau stadiul colapsului, datorită numeroaselor forme intermediare întîlnite în practică. Se deosebesc: *reacția (șocul) posttraumatică*, relativ benignă, prin reacție

Scanned with OKEN Scanner

vagovagală (caracterizată prin moleșeală, bătăi rare ale inimii); *colapsul de centralizare*, ca reacție compensatorie declanșată de hipovolemie (*hipo* = mai puțin; *volumen* = volum; scăderea volumului total de sînge circulant, întîlnită după hemoragii mari, în șoc, în diareile și vărsăturile grave) și care se caracterizează prin puls frecvent; în sfîrșit, *colapsul* total prin paralizie și dilatare capilară, hipoxie și acidoză și care se manifestă prin tahicardie și învinețirea extremităților (cianoză).

Cianoza palidă cu tegumente reci și umede, tahicardie (bătăi frecvente ale inimii) și puls slab care de-abia se simte sînt semne de alarmă pentru prăbușirea funcției circulației sanguine. Măsurarea tensiunii arteriale este practic imposibilă la locul accidentului, mai ales la copil, la care este necesar un aparat special cu manșetă mică. Una din măsurile eroice și eficiente indicată practic în toate formele de colaps: umplerea patului vascular cu soluții coloidale (Rheomacrodex 10%, soluții glucozate sterile etc.), prin perfuzie, este greu de realizat la copil, datorită abordării dificile a venelor.

De aceea, la locul accidentului, tratamentul insuficienței circulatorii la un copil șocat, inconștient sau precomatos se rezumă la cîteva măsuri simple:

a) Poziția ridicată a bazinului și membrelor inferioare în unghi de 10 — 15° (vezi fig. 132).

b) Hemostaza.

c) Repaus absolut.

d) Învelirea copilului și/sau aplicații de sticle cu apă caldă la extremități pentru a preveni pierderea de căldură.

e) Transport cît mai rapid la un spital înzestrat cu cele necesare pentru refacerea volumului circulant.

Nu este necesară administrarea de medicamente pentru susținerea circulației.

● În caz de *stop cardiac*, nu se mai aud bătăile inimii și nu se mai simte pulsul. Poate apare prin reducerea sau lipsa oxigenării acute, în mod reflex. Indiferent de cauză, se impun măsuri urgente pentru ca în mai puțin de 3 minute să fie asigurată irigarea creierului cu sînge oxigenat. Atît funcția respiratorie cît și cea cardiacă trebuie menținute în mod artificial. Reanimarea inimii se face prin masaj cardiac extern.

795. Tehnica masajului cardiac extern. a) *Poziția*. Copilul se așază culcat pe spate, pe plan dur, perfect orizontal.

b) *Metoda bimanuală* (fig. 124) se folosește la copii și tineri. Reanimatorul, stînd în genunchi la dreapta bolnavului, aplică ambele palme (suprapuse) în treimea inferioară a sternului. Se exercită, în direcție verticală, presiuni scurte asupra zonei respective, în direcția coloanei vertebrale.

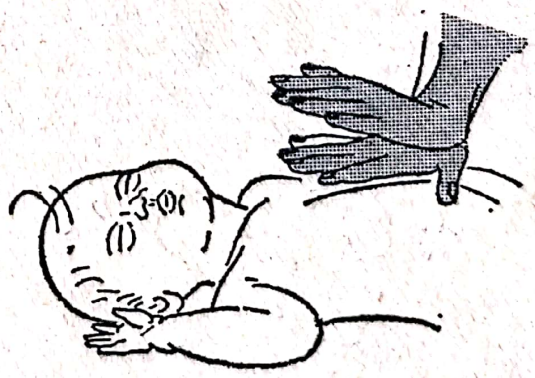


Fig. 124

Scanned with OKEN Scanner

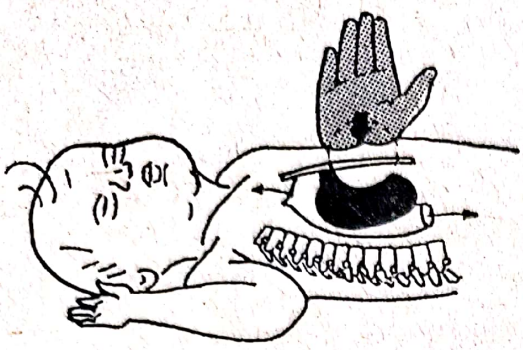


Fig. 125

c) *Metoda cu o singură mînă* se aplică la copilul mic (fig. 125). Este asemănătoare cu prima metodă, dar se execută cu o singură mînă și cu presiune mai mică. Compresiunea se face în treimea mijlocie și inferioară a sternului.

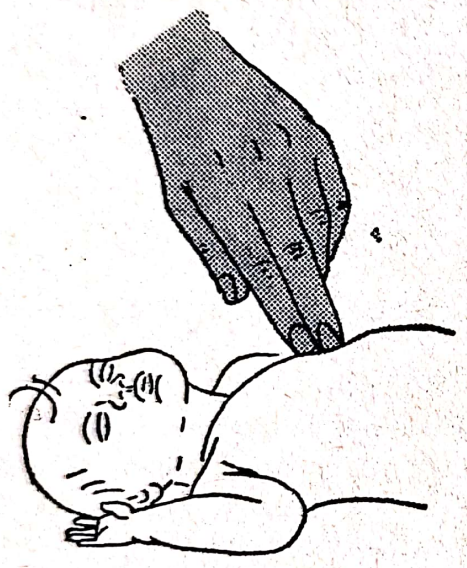


Fig. 126

d) *Metoda bidigitală* (cu două degete) se practică la sugar (fig. 126). Reanimatorul se așază lateral de bolnav și exercită cu vîrfurile degetelor, arătător și mijlociu, presiuni scurte, ritmice asupra treimei mijlocii a sternului.

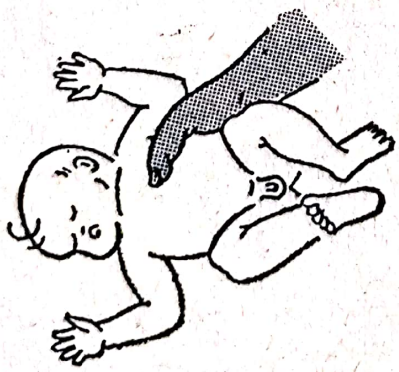


Fig. 127

e) *Metoda „cleștelui"* se folosește la nou-născut (fig. 127). Toracele bolnavului se sprijină pe 4 degete ale mîinii stîngi a reanimatorului; policele cuprinde jumătatea stîngă a toracelui nou-născutului și exercită mișcări de compresiune ritmică asupra sternului, în direcția coloanei vertebrale, cu o frecvență de 100 — 120 pe minut. Se observă pulsațiile la baza cordonului ombilical.

Scanned with OKEN Scanner

f) *Ritmul masajului cardiac* se orientează după valorile fiziologice ale frecvenței bătăilor inimii pentru fiecare grupă de vîrstă (după R. Gädeke):

TABELUL XIV*

Vîrsta	Limite (inferioare și superioare) pe minut la copilul în stare de liniște	Media pe minut la copilul în stare de liniște
Nou născut	70—160	120
Primul an de viață	80—160	120
al 2-lea an de viață	80—130	110
al 4-lea an de viață	80—120	100
al 5-lea an de viață	75—115	100
al 8-lea an de viață	70—110	90
al 10-lea an de viață	70—110	90
al 12-lea an de viață (la băieți)		65
al 12-lea an de viață (la fete)		70
al 14-lea an de viață (la băieți)		60
al 14-lea an de viață (la fete)		65

La nou-născut și sugar se execută 2 compresiuni pe secundă, la copilul mic 1 — 2 compresiuni pe secundă, iar la școlar și adolescent 1 compresiune pe secundă.

796. Combinarea respirației cu masajul cardiac. La nou-născut și sugarul mic, oprirea funcției inimii se produce, de obicei, la un interval mai mare, după încetarea altor funcții vitale. De aceea, la această grupă de vîrstă atenția reanimatorului se poate concentra asupra respirației artificiale. La celelalte grupe de vîrstă reanimarea va viza concomitent funcția respiratorie și cardiacă.

Cînd există 2 persoane ce pot practica reanimarea, una se ocupă de respirație, iar cealaltă de masajul cardiac. Se va avea grijă ca masajul cardiac să se situeze în pauza expiratorie; persoana care face insuflația stabilește ritmul. Cînd există un singur reanimator, se recomandă următoarea succesiune a mișcărilor și ritmurilor:

— 5 mișcări rapide de respirație — 15 compresiuni cardiace;
— 3 mișcări respiratorii — 15 compresiuni cardiace;
— 3 mișcări respiratorii — 15 compresiuni cardiace; mai departe se continuă la fel.

797. Complicații în reanimarea respiratorie: a) obstacole în căile respiratorii (corpi străini, sînge, edeme); b) complicații de partea reanimatorului (inhalarea de gaze toxice în cazul reanimării unui copil intoxicat; aspirarea de lichide în caz de vărsătură bruscă, explozivă).

798. Complicații în masajul cardiac: a) fractura de stern sau de coaste prin compresiuni cu forță prea mare; b) hemoragii traumatice ale părților moi în regiunea sternului din aceleași motive.

799. Cauze principale de insucces în reanimarea respiratorie: a) ritm prea lent sau prea puternic al insuflației; b) în caz că se folosește un tub, capătul acestuia poate pătrunde în esofag.

800. Cauze principale de insucces în masajul cardiac: a) compresiunea nu se efectuează la locul indicat (prea sus sau prea jos); b) (direcția compresiunii nu se face în direcție verticală, spre coloana vertebrală; c) forța cu care se execută compresiunea nu este corespunzătoare (prea mare, prea mică).

801. Oprirea hemoragiei. Pansamentul. Importanța stazei arteriale a pierdut mult ca pondere în primul ajutor modern, deoarece experiența a arătat că și în cazul

* Vezi frecvența mișcărilor respiratorii la punctul 666.

Scanned with OKEN Scanner

unor leziuni arteriale mai mari se produce o hemostază (*hemo-* gr. *haima*, *haimatos* = sînge + gr. *stasis* = oprire) spontană rapidă, prin înfășurarea intimei (lat. *intima* = cea mai profundă; pătura histologică cea mai dinăuntru a pereților vaselor sanguine), iar în cazul unei presiuni greșit dozată (prea puternică) se pot produce sau stază venoasă cu accentuarea hemoragiei sau/și leziuni nervoase prin compresiune.

Hemoragiile arteriale mari se opresc cel mai bine prin compresiune digitală, iar hemoragiile de intensitate medie prin pansament compresiv.

Un corp străin de dimensiuni mari nu se îndepărtează la locul accidentului, deoarece manevra ar putea determina o hemoragie masivă.

Pozițiile terapeutice și transportul copilului bolnav

Așezarea copilului este mai mult decît o măsură de îngrijire; ea reprezintă adesea o parte esențială a tratamentului. Este de datoria medicului de a o recomanda și controla. Cadrele medii (asistente de pediatrie, asistente de ocrotire, surorile de la mașinile Salvării), brancardierii și însoțitorii bolnavilor sînt datori să le cunoască și să le facă corect.

802. Poziția în caz de abdomen acut (apendicita acută, peritonită, traumatism abdominal). Copilul este așezat culcat pe spate, orizontal, cu trunchiul drept, coapsele ușor flectate pe bazin, genunchii ușor flectați, sprijin solid în regiunea poplitee pentru ca bolnavul să-și mențină această poziție în mod pasiv, fără nici un efort (*fig. 128*).

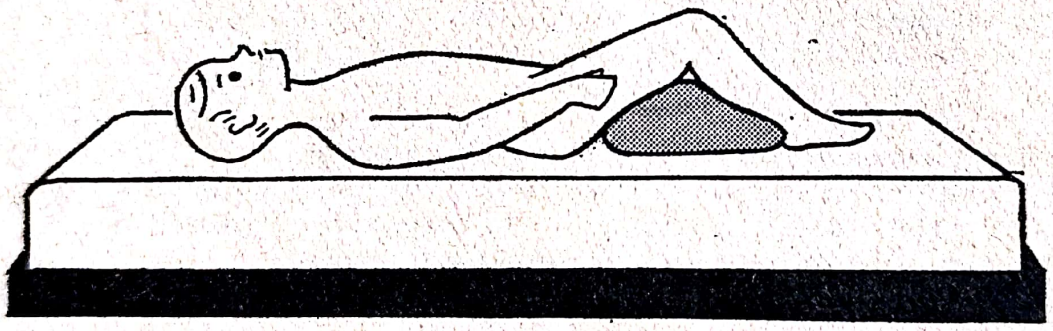


Fig. 128

803. Poziția în bronhopneumonie și pneumonie. Toracele și capul mai sus situați, cu ușoară extensie a capului prin sprijinirea regiunii cefii; capul nu va depăși nivelul toracelui (*fig. 129*).

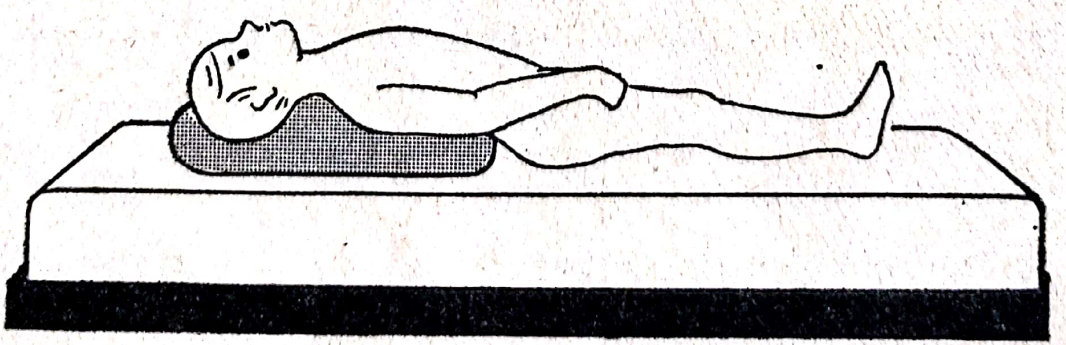


Fig. 129

804. Poziția în dispneea gravă (de exemplu, în criza de astm). Toracele se fixează într-o poziție mai ridicată, sprijinit pe regiunea umerilor și cefei; capul va fi mai sus decît toracele. Brațele se sprijină pe saltea, de la nivelul coatelor, pentru a susține respirația toracică (fig. 130).

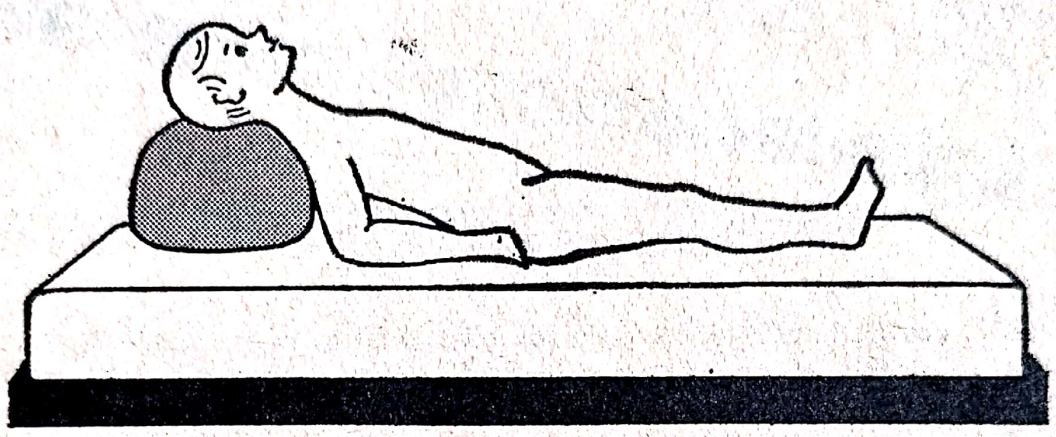


Fig. 130

Sugarul va fi ținut în brațe în poziție semișezîndă, cu capul mai sus, ușor răsturnat pe ceafă și sprijinit de umărul sau de o mînă a mamei.

805. Poziția bolnavilor cardiaci. Toracele va fi situat mai sus, pe un plan drept, în poziție oblică; abdomenul este fixat pe un plan orizontal, capul va sta tot timpul mai sus decît toracele. Unghiul format de torace cu planul orizontal nu trebuie să depășească 15° (fig. 131).

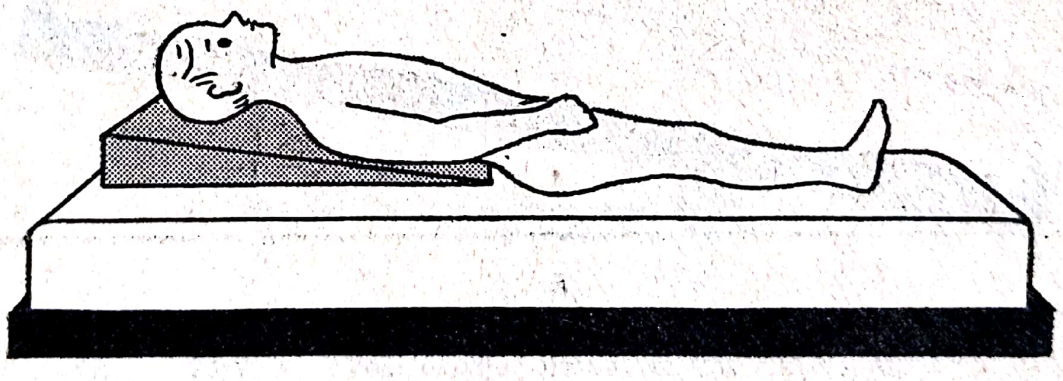


Fig. 131

806. Poziția bolnavilor în iminență de șoc. Copilul va fi culcat pe spate cu capul mai jos și cu picioarele mai sus; înclinarea planului nu va depăși 10—15° (fig. 132).

Scanned with OKEN Scanner

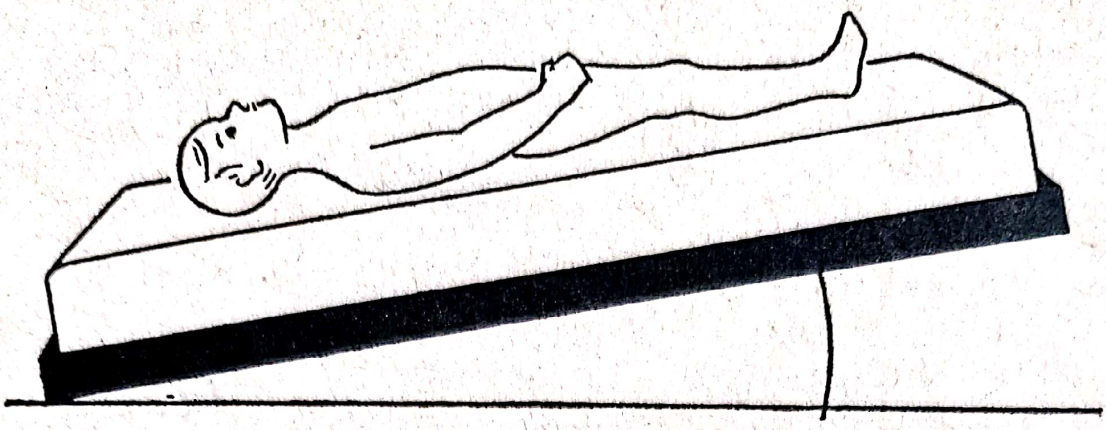


Fig. 132

807. Poziția în stările grave de șoc este la fel ca punctul anterior (fig. 132). În plus, membrele inferioare sînt sprijinite în poziție „de briceag" (fig. 133).

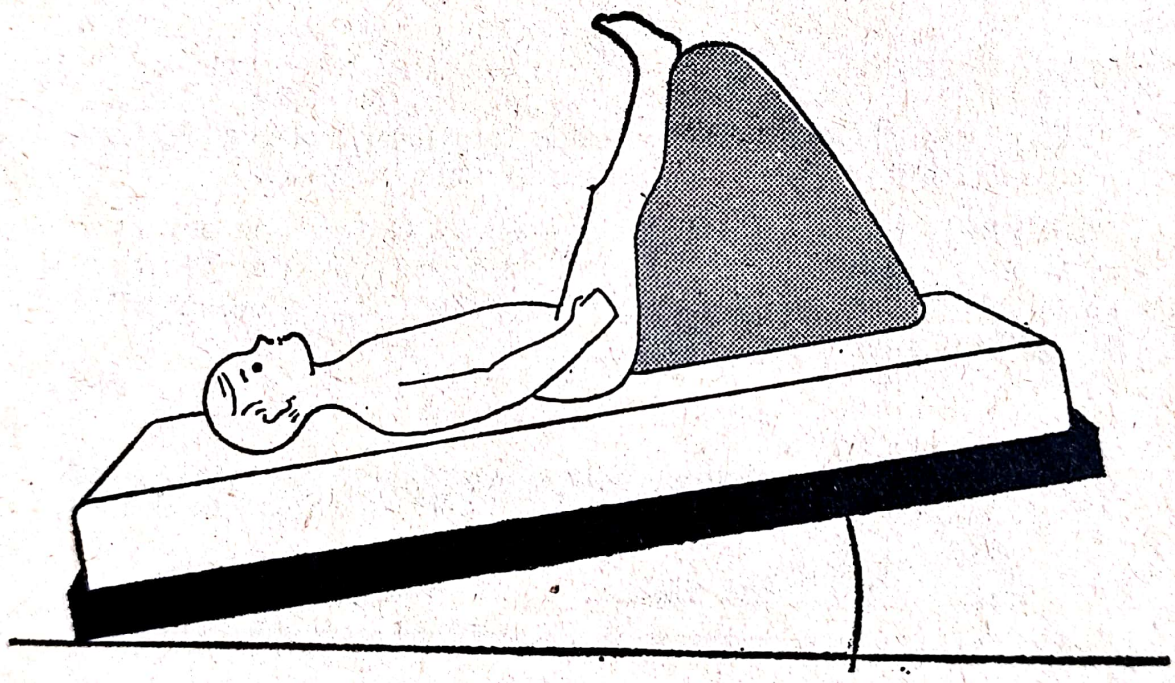


Fig. 133

808. Poziția laterală stabilă pentru bolnavii fără cunoștință (în comă), înainte și în timpul transportului la **spital.** Copilul este așezat culcat lateral, cu flexia brațului de deasupra și a membrului inferior de dedesubt. Capul privește lateral și în jos. În felul acesta se evită aspirarea de corpi străini (de exemplu, lichid de vărsătură în căile respiratorii — laringe, trahee) (fig. 134).

Nu se vor flecta membrele (superior și inferior) de aceeași parte, deoarece aceasta nu asigură stabilitatea poziției bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

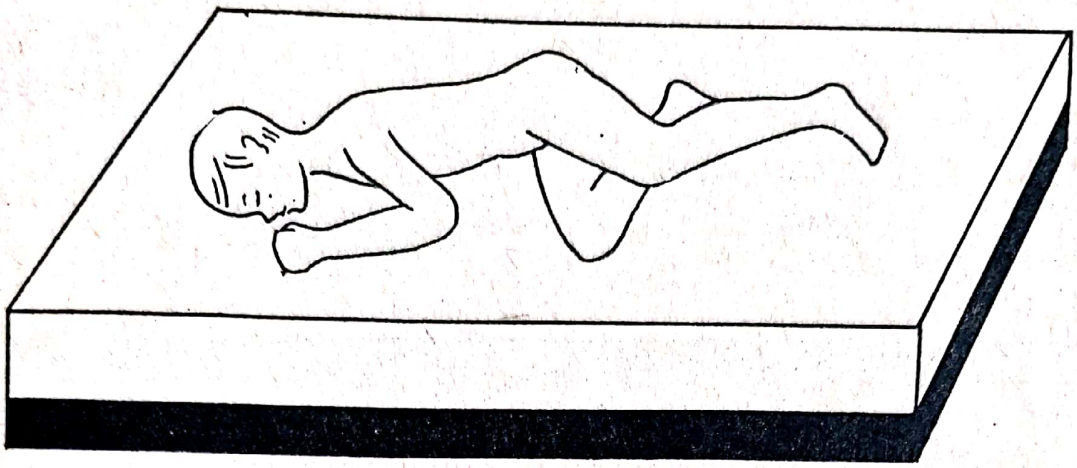


Fig. 134

809. Poziția în paralizia planșeului bucal, în leziuni și hemoragii ale masivului facial. Dacă se însoțesc de pierderea cunoștinței se vor trimite la un serviciu de neurochirurgie. Celelalte cazuri de leziuni ale maxilarului și gurii, fără comoție cerebrală, se trimit la serviciile de chirurgie maxilo-facială. Nu se vor aspira sau deplasa fragmentele de dinți sau de maxilar, din cauza riscului de asfixie.

În timpul transportului copilul este așezat în poziție ventrală (culcat pe burtă), cu fața sprijinită pe pernă în regiunile netraumatizate ale frunții (fig. 135).

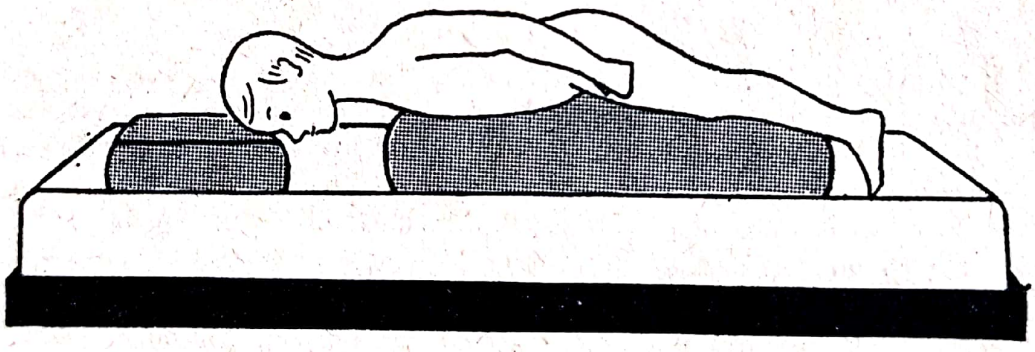


Fig. 135

810. În caz de **tulburări de deglutiție,** copilul se așază în decubit ventral. Trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi obtuz, vîrful unghiului fiind format de regiunea bazinului. Membrele superioare se întind pe lîngă corp. Fața privește lateral (fig. 136).

811. Transportul copiilor cu leziuni ale coloanei vertebrale și traumatisme ale bazinului. Accidentatul se așază culcat pe spate, perfect drept, pe un plan

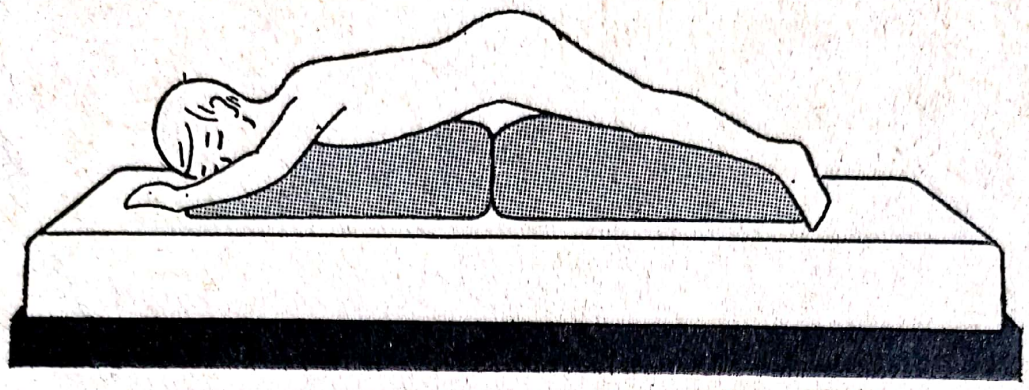


Fig. 136

dur. Lateral se așază perne. Corpul trebuie bine fixat în timpul transportului (fig. 137).

Pentru transportul la spital se apelează la Salvarea 06 sau la alt mijloc rapid, care este la îndemînă. Cazurile grave se însoțesc de un medic sau de o asistentă pricepută. Este obligatoriu să se trimită cu un bilet pe care se vor menționa pe

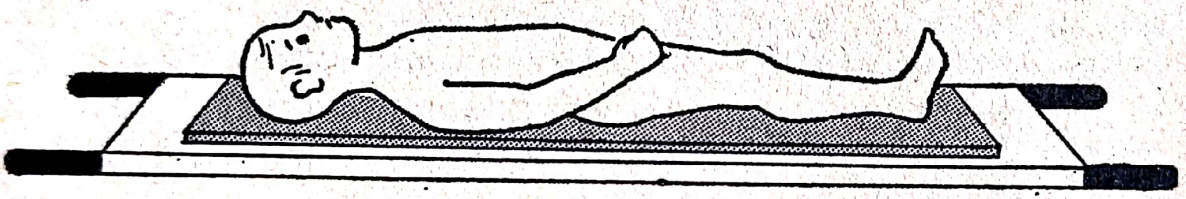


Fig. 137

scurt toate măsurile aplicate. În caz de accidente de circulație, se anunță Miliția — evenimente (București 055), se notează numărul vehiculului care a produs accidentul și copilul se expediază de urgență, cu un bilet de însoțire.

Ca o regulă generală, copiii în stare gravă (inconștienți, în comă) *nu se transportă în decubit dorsal, ci numai în decubit lateral-stabil* (ca în fig. 134).

În caz că un copil accidentat sau grav bolnav este adus la un dispensar cu mijloace restrînse de tratament sînt obligatorii următoarele gesturi:

— ajutor de urgență (reanimare cardio-respiratorie, pansament);

— solicitarea unei mașini anti-șoc de la Serviciul de Salvare și expedierea copilului la un spital de specialitate (traumatismele craniene la neuro-chirurgie; traumatismele gurii și maxilarelor la chirurgie maxilo-facială; celelalte traumatisme la un serviciu de chirurgie pediatrică); dacă astfel de servicii sînt situate prea departe se expediază copilul la cel mai apropiat spital prevăzut cu mijloace de reanimare și terapie intensivă (secțiile de urgență etc.);

— administrarea de ATPA pentru profilaxia tetanosului;

— administrarea de antibiotice și antitermice în caz de infecții grave (bronhopneumonii etc.) sau altă medicație de urgență (de exemplu Fenobarbital în caz de convulsii etc.);

— copilul va fi anunțat telefonic la Camera de gardă a spitalului unde se expediază și va fi însoțit de un cadru mediu.

În registrul de consultații se înregistrează toate datele de identitate ale copilului, numărul mașinii care a adus copilul, buletinul de identitate al persoanei ce a însoțit copilul, ora sosirii și expedierii bolnavului, tratamentul administrat, numele medicului și cadrului mediu ce au asistat bolnavul.

Febra

812. Febra. Se consideră febră o temperatură a corpului (măsurată rectal) care depășește 38°.

Temperatura normală se situează între 36^5 (dimineața) și 37^2 (după amiază). Cînd temperatura este cuprinsă între 37^4 și 38° se consideră *subfebrilitate*. Valorile subfebrilității și febrei sînt de obicei mai ridicate după amiază și seara decît dimineața. De asemenea, după alimentație, plîns, agitație sau joc, temperatura este mai ridicată la copii.

Linia prin care se reprezintă febră, măsurată dimineața (imediat ce se trezește copilul) și după amiază (între 16,30—17,30), poartă numele de *curbă termică*.

a) *Măsurarea temperaturii*. Se folosește așa-numitul termometru maximal, care este astfel construit încît coloana de mercur se oprește la nivelul maxim atins, chiar dacă se răcește ulterior. De aceea, înainte de utilizare, termometrul trebuie bine scuturat, pentru a coborî coloana de mercur.

Termometrele sînt standardizate. Ele sînt gradate de la 34,5 la 42°C.

Tehnica de măsurare. Pentru copil, măsurarea cea mai corectă se face rectal. Copilul este culcat pe spate (vezi fig. 138 și 139). Se verifică dacă mercurul a fost coborît, iar rezervorul de mercur al termometrului este șters cu o compresă umedă sau este uns, în strat foarte subțire, cu o substanță grasă, pentru a putea fi introdus mai ușor. Termometrul este ținut cu mîna dreaptă, iar cu mîna stîngă se apucă picioarele copilului, la nivelul gleznelor, îndoindu-le din articulația șoldului. Printr-o mișcare de rotație, rezervorul de mercur al termometrului se introduce în întregime în rectul copilului. Tot timpul cît se urcă coloana de mercur, termometrul se ține strîns, pentru a nu fi eliminat de copil. Se imobilizează, de asemenea, picioarele copilului, pentru a nu sparge termometrul. După 2 minute termometrul poate fi scos și se citește temperatura.

Copilul mai mare va fi așezat culcat pe burtă sau lateral, pentru măsurarea temperaturii.

Indiferent de calmul cu care copilul se va supune acestei mici tehnici, el nu va fi lăsat singur, nesupravegheat, întrucît există pericolul de spargere sau de alunecare a termometrului în colonul micului pacient.

După citirea temperaturii, termometrul se șterge cu un tampon de vată sau o compresă de tifon, muiate în apă cu săpun sau în alcool. Nu va fi spălat cu apă caldă, deoarece se poate degrada.

Măsurarea axilară a temperaturii se va face numai la adult și la copilul mai mare de 12 ani. De altfel, valorile obținute prin măsurarea axilară sînt mai puțin exacte

decît în cazul măsurării rectale. Este important ca vîrful rezervorului termometrului să fie așezat exact în vîrful axilei, altfel cifra obținută nefiind utilizabilă. Termometrul va fi ținut timp de 10 minute, prin brațul strîns lipit de corp.

Măsurarea sublinguală nu se practică la copil, deoarece există pericolul ca termometrul să fie spart, iar mercurul și cioburile să fie înghițite.

Fig. 138

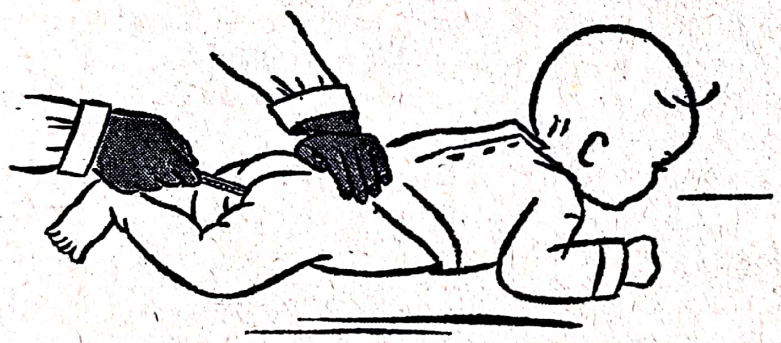


Fig. 139

Fig. 138, și 139. Măsurarea temperaturii la sugar.

b) *Cauzele și manifestările clinice ale febrei la copil.* Febra nu este o boală, ci un simptom, o manifestare patologică. Ea ilustrează de cele mai multe ori că organismul este antrenat într-o luptă cu o infecție, luptă care duce la o producere excesivă de căldură. La copil, febra apare mai des și la valori mai ridicate decît la adult, chiar în cazul unor îmbolnăviri mai ușoare. De aceea, la copil, valoarea absolută a febrei nu reprezintă un criteriu de apreciere a gravității unei afecțiuni. Totuși, dacă temperatura atinge cifra de 40°C și crește deasupra acesteia, boala poate avea un anumit grad de gravitate. Deși la cei mai mulți copii se poate observa cînd au febră, este totuși necesară măsurarea exactă a temperaturii.

Copilul febril este cald, nu numai la față și frunte, ci și la restul corpului, are ochii lucioși și uneori mai larg deschiși decît în mod obișnuit. Culoarea feței este variabilă. Respirația este accelerată, lucru ce se constată mai ales în timpul

Scanned with OKEN Scanner

somnului. Somnul este mai agitat decît normal. Uneori, la sugar și copilul mic, creșterea prea bruscă a febrei poate declanșa convulsii febrile. La copilul mai mare apar de obicei vărsături sau frisonul. Scăderea bruscă a febrei se însoțește totdeauna de transpirații profuze.

Nu în toate cazurile febra este manifestarea unui conflict al organismului cu un germen microbian. Febra mai poate să apară și prin acumularea excesivă de căldură, cînd pielea nu poate asigura pierderea de căldură (termoreglarea). La sugar, în special, mecanismul acesta este de multe ori cauza așa-zisei febre *„prin supraîncălzire"*. Aceasta apare mai des în anotimpul cald, dacă sugarul este îmbrăcat prea gros și acoperit cu păturica, și nu poate „pierde" din căldură. În felul acesta pot apărea febre pînă la 39—40°. Prin dezbrăcarea sugarului temperatura scade la valori normale, fără nici o altă măsură (vezi punctul 789).

Cînd sugarul nu primește lichide în cantități suficiente sau cînd, din anumite motive (prin vărsături sau scaune diareice), a pierdut lichide multe, organismul nu-și poate regla temperatura bine și apare așa-numita *„febră de sete"*.

Foarte rar se observă cazuri de stări subfebrile sau chiar febrile care nu au la bază nici o îmbolnăvire. Înainte de a le eticheta ca atare se vor exclude cu grijă toate cauzele posibile de îmbolnăviri febrile.

De altfel există și *cauze de eroare*, cum sînt: utilizarea unor termometre necorespunzătoare, care indică cifre inexacte, „nescuturarea" termometrului înainte de întrebuințare, măsurarea temperaturii după crize de agitație sau plîns.

c) *Combaterea febrei*. Subfebrilitatea sau febra nu reprezintă, în sine, o boală, ci au numai semnificația unei reacții a organismului în fața unei îmbolnăviri, reacție care poate însemna, în unele împrejurări, preludiul procesului de vindecare. De aceea, a „trata" numai febra, și nu boala în ansamblu, ar fi o greșeală.

Numai în cazul în care o febră ridicată persistă și se însoțește de alte tulburări (modificarea stării generale, scăderea apetitului, tulburarea somnului sau chiar la apariția de convulsii febrile) se recomandă instituirea de tratamente energice. Pentru început se utilizează mijloacele simple, naturale, apoi cele medicamentoase.

— *Mijloacele naturale* sînt, în ordinea în care trebuie încercate:
— administrarea de lichide;
— compresele (împachetările) umede;
— împachetările reci (generale) (vezi tehnicile la punctele 533, 536, 537, 538);
— baia răcită progresiv.

Cu aceste metode se reușește, de cele mai multe ori, scăderea temperaturii corporale, ameliorarea circulației sîngelui în piele, ameliorarea stării generale și revenirea apetitului. Cînd aceste mijloace nu dau rezultate se administrează medicamente antitermice (pentru sugar, de cele mai multe ori, supozitoare), la prescripția medicului. Totuși, tot timpul trebuie avut în vedere că scăderea febrei nu înseamnă încă vindecarea bolii și că, în orice caz, este mai indicat să se trateze boala de origine, și nu numai un singur simptom, febra.

Trebuie reținut că sugarul cu febră nu trebuie îmbrăcat mai gros decît de obicei. Camera în care este ținut nu se va supraîncălzi, ci se va menține o temperatură

Scanned with OKEN Scanner

constantă de 18—20°, cel mult 22°, și se va asigura o umiditate convenabilă a atmosferei (vezi punctele 450 și 453).

● *Alimentația sugarului și copilului mic febril.* Copilul bolnav, febril, refuză de obicei orice alimentație solidă. Febra determină o nevoie crescută de lichide, o sete marcată. Dacă starea febrilă este scurtă, inapetența nu trebuie să fie luată în seamă, ea putînd chiar să favorizeze procesul de vindecare, în sensul așa-numitului „post de febră". Dacă durata febrei se prelungește mai multe zile sau chiar săptămîni, se impune o alimentație rațională. Cantitatea, compoziția, consistența și modul de administrare a alimentației se adaptează la starea și apetitul copilului. Regula generală este ca organismul să nu fie suprasolicitat. Alimentația trebuie să fie de consistență lichidă sau semiconsistentă și să fie administrată în cantități mai mici, repetate. Vor fi luate în considerație anumite particularități de gust ale micului pacient.

Va fi evitată o alimentație prea bogată în grăsimi. Laptele va fi redus cantitativ, untul și smîntîna vor fi evitate. Copiii primesc cu plăcere sucuri de fructe (lămîi, măr, coacăze, căpșuni, portocale etc.), care pot fi îndulcite cu puțin zahăr sau cu puțină glucoză. La sugarii mari, după 8 luni, se mai pot da: compoturi, pireu de mere coapte, mere rase, pireu de banane. În boli mai prelungite, această alimentație nu mai este suficientă. Ea va fi îmbogățită cu un preparat de lapte, iar la sugarii mari, cu supă de zarzavat, budinci ușoare (cu albuș bătut spumă), budinci cu brînză de vaci, sufleuri, papanași. Pentru variație se mai dă — dacă copilul acceptă: bulion de carne, sărat și îmbogățit cu griș sau orez și pătrunjel verde; pireu de cartofi, bătut bine, „pufos" (cu lapte), cu ficat proaspăt, carne de vițel sau de pasăre; gălbenuș de ou fiert. Sucul de roșii sau supa de roșii sînt acceptate cu plăcere de unii sugari mari și de copiii de 1—4 ani.

În cazul unor tulburări digestive (vărsături și diaree) se recomandă respectarea anumitor reguli de dietă, fixate de către medic.

La copiii care suferă de *stomatită acută* (leziuni pe mucoasa gingiilor și limbii) sau de *amigdalită*, alimentarea poate să întîmpine dificultăți, datorită durerilor la mestecat și înghițit. Se impune multă răbdare pentru a administra copilului cel puțin cantități mici de hrană și lichide. Toată alimentația va fi lichidă sau cel mult semiconsistentă.

● *Medicamente.* După ce se dă copilului să bea lichide, se aplică un *supozitor* cu proprietăți antitermice. Administrarea medicamentelor sub formă de supozitoare, pe cale rectală, este indicată în special în bolile febrile însoțite de convulsii, vărsături, inapetență, precum și la copiii care refuză să primească medicamentele pe gură.

Se întîmplă ca supozitorul să fie eliminat din rect înainte ca medicamentul să-și fi făcut efectul. De aceea se recomandă ca supozitorul să se introducă după ce copilul a avut scaun, și cît mai adînc, dincolo de sfincterul anal. Copilul este așezat în decubit lateral (culcat pe o parte), cu membrele inferioare („picioarele") îndoite. Mama imobilizează copilul în această poziție și, după ce bagă supozitorul în anusul copilului, apropie fesele și le ține strîns cîtva timp, pentru a evita eliminarea acestuia.

La sugari se folosesc numai *supozitoarele pentru copii:* „Aminofenazona L" (aminofenazona = pyramidon: 0,10 g și Fenobarbital 0,01 g). *Nu se vor folosi supo-*

zitoarele „Acalor", care prin cafeina pe care o conțin pot produce agitație sau chiar convulsii care pun în pericol viața sugarului.

Se mai pot folosi:

— *soluție de Pyramidon* 1%, cîte 1 linguriță la sugarul de 1—3 luni și 2 linguriță la sugarul mai mare. Se vor folosi numai soluții proaspete, preparate de cel mult 4 zile;

— *aspirina* (acid acetilsalicilic) este foarte eficace și preferată în străinătate. Se indică în doză zilnică de: 0,05 g pînă la 3 luni; 0,10 g între 3 luni și 9 luni; $^1/_4$ comprimat de 0,50 g între 9 luni și 2 ani.

813. Convulsiile febrile (vezi și punctele 814—819). O dată cu creșterea febrei se poate instala brusc o stare de contractură generalizată, însoțită de mișcări dezordonate („clonii") ale membrelor și feței. Apare mai des la sugar și la copilul între 1 și 4 ani, cu prilejul îmbolnăvirii de orice boală infecțioasă febrilă. Este de așteptat ca copilul care a prezentat cîndva convulsii febrile să facă mai ușor convulsii la o nouă infecție. Dacă nu există un substrat organic patologic, tendința la convulsii febrile dispare după vîrsta de 4 ani. Prin manifestările sale impresionante (copilul „dă ochii peste cap", se „înțepenește", își pierde cunoștiința), convulsia febrilă alarmează pe cei din jur; de cele mai multe ori însă trece fără nici o consecință severă. De multe ori, după cîteva secunde sau minute convulsiile cedează, sînt urmate de transpirații profuze și copilul adoarme liniștit. Acest somn trebuie respectat.

Convulsiile febrile nu trebuie puse pe aceeași treaptă cu crizele de epilepsie. Într-adevăr, copii care au prezentat odată sau de două ori scurte crize de convulsii febrile, în marea lor majoritate rămîn fără urmări ulterioare. Numai un număr restrîns de copii prezintă o tendință marcată la manifestări convulsive.

Oricum, în caz de convulsii mama și anturajul își vor păstra stăpînirea de sine și vor lua următoarele măsuri:

— se vor pune 1—2 supozitoare de Aminofenazonă L, care coboară febra și combate convulsiile;

— se fac fricțiuni cu apă călduță sau împachetări cu un scutec înmuiat cu apă de la robinet;

— în caz că convulsiile nu încetează se va face o baie caldă prelungită. Concomitent se anunță Salvarea 06 sau medicul și se transportă copilul, de urgență, la Spitalul de copii cel mai apropiat.

La spital, pe lîngă tratamente și supraveghere corespunzătoare se vor face investigații suplimentare (electroencefalografie etc.), care pot depista cauza sau substratul predispoziției la convulsii.

Convulsiile prelungite sau care nu apar la începutul bolilor, ci în evoluția lor ulterioară, au o altă semnificație de gravitate decît convulsiile febrile simple.

Dacă un copil a prezentat în trecut convulsii, mama este datoare să-i dea, în mod sistematic, cu ocazia oricărei stări febrile, și sedative care combat convulsiile (Fenobarbital sau Diazepam, în dozele și după orarul fixat de medicul care cunoaște copilul).

Scanned with OKEN Scanner

Convulsiile sugarului

814. Termenul de convulsie se trage din latinescul convellere = a smulge, a desrădăcina, a scoate. În forma tipică, criza începe brusc, fără țipăt, cu pierderea de cunoștință, cu plafonarea globilor oculari (ochii sînt de obicei răsturnați în sus, cu pupilele ascunse sub pleoapa de sus, „în apus de soare", cum se definește adesea), cu înțepenirea corpului, mișcări ale extremităților, paloarea și uneori cianoza (învinețirea) feței.

Convulsiile pot să fie tonice (gr. tonikos = care se întinde), clonice (gr. klomos = agitație) sau, cel mai adesea, tonico-clonice.

Convulsiile se definesc clinic prin: pierderea cunoștinței, mișcări involuntare, cu alternare de contracții și decontracții rapide ale mușchilor membrelor, trunchiului și chiar ale feței.

În practică se întîlnesc foarte multe forme atipice, manifestate foarte variat: crize pur tonice; crize pur clonice; crize incomplete, localizate la o singură parte a corpului; simplă redoare (înțepenire a unui segment); secuse (lat. succussus = zguduire) ale degetelor mîinilor și ochilor); modificări de tonus (hipertonie mare, bruscă, cu flexia anterioară a părții superioare a corpului, cum se întîmplă într-o formă rară, dar gravă de convulsii, numită „spasmul în flexie").

Chiar sub aspectul cel mai atipic, criza de convulsii nu poate evoca alt diagnostic, dacă este descrisă corect de părinți.

Toate crizele convulsive, generalizate sau localizate, sînt urmate de deficite motorii trecătoare, care interesează partea corpului la care manifestările tonice sau clonice au predominat. Un astfel de deficit motor, la sugar, se manifestă printr-o gesticulație mai mică, iar dacă copilul este ridicat și i se fac anumite manevre cu membrul afectat (braț sau picior) se observă că acesta este moale.

815. Frecvență. Crizele convulsive sau echivalentele lor apar cel mai frecvent la sugar și în prima copilărie. Se socotește că 5—7% din copii prezintă una sau mai multe convulsii înainte de vîrsta de 5 ani. Acest procentaj este ridicat, dacă se compară cu cel al epilepsiei cronice al populației adulte, care se situează la circa 0,5%. Rezultă că un mare număr dintre copii care au prezentat convulsii nu devin epileptici.

816. Cauze. *Convulsiile prin leziuni organice acute sau cronice ale sistemului nervos.* Astfel de leziuni reprezintă urmarea suferinței sistemului nervos la naștere (travaliu prelungit, prezentații anormale, diverse tipuri de hemoragii la naștere), encefalitelor acute, meningitelor, edemului cerebral, abcesului cerebral, encefalopatiilor cronice.

— Convulsii de origine „metabolică" sînt cele care se pot întîlni în caz de: hipocalcemie, hipoglicemie, dezordini electrolitice consecutive deshidratărilor, diferite intoxicații.

Dintre acestea cele mai frecvente sînt crizele prin hipocalcemie. De aceea, la orice convulsie se va face dozarea calcemiei.

Hipoglicemiile se întîlnesc la prematuri, la unii nou-născuți cu greutate mică și la diabeticii tratați cu insulină.

Scanned with OKEN Scanner

Cînd în cursul unei pierderi de lichide (vărsături, diaree, insolație, supraîncălzire) apar convulsii, înseamnă că au intervenit tulburări grave (deshidratare gravă, acidoză, colaps, eventual hipernatremie) și bolnavul necesită un tratament intens, prin perfuzii intravenoase.

— *Diferite intoxicații*: insecticidele din grupul substanțelor organofosforate — așa-zisul „verdele de Paris"; petrolul lampant; anilina din unele tuburi de culori roșii sau verde sau din unele substanțe pentru întreținerea încălțămintei; etilenglicolul din antigal; soluțiile pe bază de alcool sau esențe pentru curățirea petelor; naftalină din dezodorizantele pentru W.C. etc.; medicamente (supozitoarele „Acalor", care conțin și cofeină, Nicetamid, Aspirina etc.).

● *Convulsiile febrile* (vezi punctul 813).

817. Boala spasmelor în flexie sau hipsaritmia este o formă gravă de comițialitate, care survine la sugar în jur de 4—6 luni. Crizele constă în flexie bruscă anterioară a întregii părți superioare a corpului (cap și trunchi), de durată scurtă (1—3 secunde), repetată de mai multe ori pe zi, la intervale de 5—10 secunde. Se însoțesc de o scurtă pierdere a cunoștiinței, dificil de apreciat la această vîrstă. Se asociază cu o regresiune psihică importantă. Aspectul electroencefalografic este foarte caracteristic: „hipsaritmie majoră".

818. Prognosticul convulsiilor. Se poate considera că orice criză generalizată care durează mai mult de o oră este periculoasă. O astfel de criză poate pune în pericol viața copilului în momentul respectiv (riscul astupării bronșiilor în urma stazei salivei și a secrețiilor bronșice; riscul unor fenomene neurovegetative cum este colapsul cardiovascular) și poate lăsa sechele definitive, intelectuale sau motorii (de exemplu, paralizia părții la care mișcările convulsive au dominat).

În ce privește prognosticul îndepărtat, acesta poate fi formulat numai de către medic în funcție de cauza, durata și frecvența convulsiilor.

În orice caz, convulsia demonstrează o suferință gravă a organismului, și orice mamă este obligată să anunțe dispensarul de copii apropiat sau să ducă de urgență copilul la spital.

819. Tratament. Supravegherea unui copil cu convulsii va fi foarte atentă. Se va nota ora la care a început convulsia.

Se va lupta împotriva astupării bronhiilor, punînd copilul în poziție declivă (cu capul mai jos, și pe o parte), și se va aspira cu o sondă moale introdusă pe nări, deoarece gura poate fi ermetic închisă.

La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu un apăsător de limbă înfășurat cu mai multe straturi de tifon.

Dacă sugarul este febril i se va pune un supozitor de „Aminofenazonă L" și, eventual, i se va face o împachetare rece.

În toate cazurile, tratamentul de bază este o injecție cu Fenobarbital (2—5 centigrame sau 3—5 mg/kilocorp/zi. În caz de criză „foarte prelungită" se va administra Diazepam („Valium") în doză de 0,5—1 mg/kilocorp/zi.

La nou-născut și la sugarul din primele luni, injecția se va face profund intramuscular pe fața anterioară externă a coapsei, și nu în pătratul supero-extern al fe-

Scanned with OKEN Scanner

sei. Precauția este necesară deoarece asistenta, în graba și adesea emoția ce o cuprinde, nu poate respecta perfect pătratul respectiv și poate inocula Fenobarbitalul pe traiectul sciaticului, asupra căruia barbituricele au o acțiune nefastă.

Dacă toate acestea au fost ineficace, pînă la venirea mașinii Salvării se va face o baie caldă prelungită.

Medicul și asistenta de ocrotire vor căuta să liniștească pe părinții înspăimîntați. Ar fi mai bine dacă aceștia ar accepta să aștepte într-o cameră vecină, deoarece caracterul spectacular al unei crize este totdeauna foarte penibil. Termenul de epilepsie nu va fi pronunțat față de părinți; de fapt sînt foarte puține convulsiile din perioada de sugar, care pot fi etichetate de pe acum ca „epilepsie". Chiar mai tîrziu, dacă răul epileptic nu face parte din ansamblul unei boli grave, este vindecabil la ora actuală.

Fie că este văzut în familie, fie că a fost adus la dispensar, orice copil cu convulsii va fi trimis la spital, notîndu-se pe biletul de internare: ora la care a început și a încetat convulsia; caracterul manifestărilor (generale, parțiale, tonico-clonice etc.); dacă s-au însoțit de febră sau de vărsături; dacă din fișa medicală rezultă că copilul a avut semne de suferință la naștere; dacă în antecedentele copilului au mai fost crize de convulsii. În sfîrșit, se va trece pe biletul de internare ce doză de Fenobarbital s-a administrat la Dispensar.

Toți copiii care au prezentat convulsii se trec în evidență specială la Dispensarul de copii și se iau în evidență de către cabinetul de neuropsihiatrie al Policlinicii. Vaccinarea antivariolică și cea împotriva tusei convulsive se va face numai cu avizul medicului.

Tratamentele de durată, dintre crize, instituite de medicii spitalului sau de Cabinetul de neuropsihiatrie, vor fi controlate de către asistenta de ocrotire.

Scanned with OKEN Scanner

Carnetul sugarului[1]

A) *Perioada înaintea nașterii*[2]

Gravida va citi din această carte punctele 1 — 51; 134—139; 148; 459—478; 637; 651; 688.

Sînt născută la data de .....am talia de ..... Greutatea a fost de ..... la începutul sarcinii, de ..... în lunile următoare ..... În luna a IX-a greutatea a fost de .....

Studii ..... Locul de muncă ..... mediu (ne)toxic.....
Venitul lunar al familiei este de.....
Ultima menstruație a fost în zilele de .....
Primele mișcări ale fătului le-am simțit în ziua de .....
Am fost văzută de medicul obstetrician la datele .....
.....
.....

La recomandarea medicului am luat următoarele medicamente:

1. ..... de la ..... pînă la ..... în doză de .....
2. ..... de la ..... pînă la ..... în doză de .....
3. ..... de la ..... pînă la ..... în doză de .....

și mi s-au dat următoarele indicații: .....
.....
Din proprie inițiativă am luat următoarele medicamente:.....
.....
Înainte de sarcină am suferit de .....
.....
Am avut avorturi spontane în lunile.....
În timpul actualei sarcini am suferit de .....
.....

---

[1] Este întocmit de autor în folosul mamei și facultativ al cadrelor medicale și medii care urmăresc copilul în familie; fișele și consemnările la circumscripția medicală se vor face pe formularele Ministerului Sănătății și conform dispozițiilor Direcțiilor Sanitare județene respective.

[2] Se completează de către mamă.

În timpul sarcinii mi s-au efectuat următoarele analize: .....
.....

Antecedente eredocolaterale. Din partea familiei mele sînt următoarele boli.....
.....
Din partea tatălui copilului sînt următoarele boli.....
.....
Grupul sanguin al mamei ..... al tatălui ..... Locuința tip ..... nr. camerelor ..... numărul persoanelor ..... încălzire ..... lumină .....
Note .....

B) *Vizite efectuate de asistenta de ocrotire*[1]

Am vizitat gravida în zilele de .....
Conținutul convorbirii .....
Ținînd seama de situația specială a familiei am dat următoarele indicații .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C) *Fișa de legătură pentru nou-născut și prematur*[2]

Numele și prenumele ..... născut la .....ora.
..... Tata .....
Mama .....
Domiciliul .....
Întreprinderea .....
Parafa medicului.

Datele care urmează se notează cu X = da și — = nu (eventual se subliniază sau se taie cu o linie)

---

1. *Anamneza familială și nașterea*

   Boli ereditare; malformații etc. .....
   A cîta sarcină .....
   Particularități ale altor sarcini .....

2. *Boli ale mamei și tulburări ale sarcinii*

   nici o tulburare .....
   diabet, prediabet .....
   .....

---

[1] Se completează de către asistenta de ocrotire.
[2] Se completează la Maternitate, de către asistenta pediatră și se contrasemnează de medicul pediatru.

.....
.....
.....

F) *Nou-născut*[1]

Vizita asistentei de ocrotire din.....orele.....
Din carte, mama va citi punctele: 52 — 175; 345; 347—359; 449—456; 459—476; 479—503; 507—508; 510—520; 685—689; 695; 717—729.
Temperatura .....Greutatea .....Talia.....
Tegumente.....
Pielea capului .....
Schelet ..... Forma craniului..... Fontanela.....
Torace ..... Membre .....
Respirație ..... Numărul de respirații .....
Coriză ..... Tuse ..... Bătăi ale aripilor nasului .....
.....
Digestie ..... Apetit ..... Scaune .....
Micțiuni ..... Urina .....
Organe genitale .....
Alimentație în prima lună.....
.....
Recomandări .....
I s-au indicat următoarele medicamente.....
S-au întîmpinat următoarele dificultăți.....
.....

G) *Luna a II-a*[2]

Vezi punctele: 176 — 195; 196 — 200; 250 — 259; 263 — 276; 320; 328 — 335, 344; 345; 360—388; 457; 510; 521—523.
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
Alimentație .....
.....
.....

[1] În această pagină sînt indicați unii parametri de urmărire a nou-născutului de către asistenta de ocrotire.
[2] Parametri de urmărire din luna a II-a — a XII-a se vor consemna de către mamă cu ajutorul asistentei de ocrotire sau a sorei de la cabinetul de consultații.

Scanned with OKEN Scanner

Progrese în dezvoltarea psihică și motorie.....

Îmbolnăviri .....

Medicamente prescrise .....

Concluzii. Observații .....

H) *Luna a III-a*

Vezi punctele: 201 — 207; 277 — 287; 336; 338 — 341; 478.

Greutate ..... Talie ..... Craniu .....

Fontanela .....

Alimentație .....

Progrese în dezvoltarea psihică și motorie.....

Îmbolnăviri .....

Medicamente prescrise .....

Concluzii. Observații .....

Scanned with OKEN Scanner

I) *Luna a IV-a*

Vezi punctele: 208 — 211; 288 — 291; 321; 323; 336; 504—506 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
Alimentaţie .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică şi motorie.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
.....
Concluzii. Observaţii.....
.....
.....
.....
.....

J) *Luna a V-a*

Vezi punctele: 212 — 217; 292 — 294; 337; 651 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
.....
Alimentaţie .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică şi motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....

Scanned with OKEN Scanner

.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
.....
Concluzii. Observaţii .....
.....

K) *Luna a VI-a*

Vezi punctele: 218 — 222; 260; 262; 295 — 298; 651 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
.....
Alimentaţie .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică şi motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
Concluzii. Observaţii.....
.....
.....
.....

L) *Luna a VII-a*

Vezi punctele: 223 — 227; 299 — 304; 346.....
.....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....

Scanned with OKEN Scanner

Fontanela .....
.....
Alimentație .....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică și motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
Medicamente prescrise.....
.....
.....
.....
Concluzii. Observații.....
.....
.....
.....
.....

M) *Luna a VIII-a*

Vezi punctele: 228 — 233; 305 — 311; 342 — 343; 458 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
.....
Alimentație .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică și motorie.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
.....
Concluzii. Observații.....
.....
.....

Scanned with OKEN Scanner

N) *Luna a IX-a*

Vezi punctele: 234 — 236; 261; 310 — 317; 322 — 325.....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
Alimentaţie .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică şi motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
Concluzii. Observaţii.....
.....
.....
.....
.....

O) *Luna a X-a*

Vezi punctele: 237 — 240; 314 — 315.....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
Alimentaţie .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică şi motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....

Scanned with OKEN Scanner

Medicamente prescrise .....
.....
.....
Concluzii. Observații.....
.....
.....
.....

P) *Luna a XI-a*

Vezi punctele: 241 — 245; 316; 325; 477 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....
Alimentație .....
.....
.....
.....
Progrese în dezvoltarea psihică și motorie.....
.....
.....
.....
Îmbolnăviri .....
.....
.....
Medicamente prescrise .....
.....
.....
Concluzii. Observații.....
.....
.....
.....

R) *Luna a XII-a*

Vezi punctele: 246 — 249; 317 — 318; 326—328 .....
Greutate ..... Talie ..... Craniu .....
Fontanela .....

Scanned with OKEN Scanner

Alimentație .....

.....

.....

.....

Progrese în dezvoltarea psihică și motorie .....

.....

.....

.....

Îmbolnăviri .....

.....

.....

Medicamente prescrise .....

.....

.....

Concluzii. Observații .....

.....

.....

.....

S) *Vaccinări**

Reacții, vaccinări, revaccinări	Vaccinare			Rapel I		Rapel II	Observații
	I doza	II doza	III doza	I doza	II doza	doza	
B.C.G.							
Di-te-per							
Antivariolic							
Antipolio.							
Antitific							
I.D.R. la PPD							

Observații; .....

.....

.....

* Vezi punctele: 573 — 607.

Scanned with OKEN Scanner

T) *Îmbolnăviri*[1]

Domiciliu, internări în spitale, preventorii, sanatorii, tabere	Datele	Diagnosticul

U) *Profilaxia rahitismului*[2]

DAT	Vîrsta	Medicament	Doză

V) *Dezvoltarea psihomotorie*[3]

Primul surîs.....
A plîns cu lacrimi.....
A ţinut capul .....
A stat pe abdomen.....

1 Vezi punctele: 520; 524—545; 549—555; 560—572; 612—634; 647—652; 696—819 *(îndeosebi punctele: 696—716).*
2 Vezi punctele: 635—646.
3 Vezi punctele: 124—132; 191—249.

Scanned with OKEN Scanner

S-a întors de pe o parte pe alta.....
A stat în şezut.....
A stat sprijinit în picioare.....
A mers nesprijinit .....
A gungurit.....
A articulat primele cuvinte bisilabice.....
.....
A apucat cu degetul mare.....
A utilizat toate degetele.....
Ce cuvinte articulează la vîrsta de 1 an.....
.....
Ce progrese a realizat între 1 şi 3 ani.....
.....
.....

Informaţii utile

Maternitate .....
Dispensarul de copii .....
Policlinica de copii .....
Spitalul de copii .....
Medicul pediatru de circumscripţie.....
Asistenta de ocrotire .....
Salvarea .....
Policlinica (de copii) cu plată .....
Adresa farmaciei permanente .....

Notiţe:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1. **Andreescu Emilia, Ursache Gordea Maria, Săndulescu Emilia** — Ce, cum și cît, trebuie să mănînce copilul, ediția a III-a, Edit. Medicală, Buc., 1968.
2. **Căruntu F., Angelescu Mircea** — Cartea surorii de boli infecțioase, Edit. Medicală, București, 1959.
3. **Catel W.** — Die Pflege des gesunden und des kranken Kindes, ediția a IX-a, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1967.
4. **Debré R.** — La pédiatrie depuis un demi-siécle. *Concours medical*, *Paris*, 1973, **95**, 1, p. 13—27.
5. **Dick W., Reinecke H., Ahnefeld W., Milewski P., Dölp R.** — Praktisch-Klinische Aspekte zur primären Reanimation des Neugeborenen, *Anaestesist*, 1973, 22, p. 534—541.
6. **Dudenhausen W.J.** — Zustandsdiagnostik beim Kind unmittelbar postpartum, *Kinderarzt*, München, 1971, **19**, 1, p. 8—12.
7. **Erdmann G.** — Erkältungskrankheiten im Kindesalter-Infekte der Luftwege, Ediția a I-a, Edit. G. Fischer, Stuttgart, 1973.
8. **Ewerbeck H., Elert R., Friedberg V.** — Prophilaxei und Therapie perinataler Fruchtschäden — Stillprobleme, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1967.
9. **Ewerbeck H., Friedberg V.** — Die Übergangsstörungen des Neugeborenen und die Bekämpfung der perinatalen Mortalität, Edit. Thieme, Stuttgart, 1963.
10. **Feldioreanu Tr., Popescu T., Popescu S.** — Manual de Medicină infantilă pentru asistentele de pediatrie. Edit. Medicală, Buc., 1963.
11. **Gädeke R.** — Diagnostische und therapeutische Techniken in der Pädiatrie, Edit. Springer, Berlin, 1972.
12. **Georgmăneanu M.** — Patologia prenatală, Edit. Medicală, București, 1972.
13. **Haarer Johanna** — Die Mutter und ihr erstes Kind, ediția 1005000—1066000, Edit. C. Gerber, München, 1965.
14. **V. Harnack G.A.** — Kinderheilkunde, Edit. Springer Berlin 1968.
15. **V. Harnack G.A.** — Pädiatrische Dosistabellen, ediția a II-a, Edit. Deutscher Apotheker, Stuttgart, 1968.
16. **Haupt H.** — Das Neugeborene, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1971.
17. **Häusler S.** — Ärztlicher Ratgeber für werdende und junge Mutter, Edit. Wort und Bild, München, 1972.
18. **Hempel H. Chr.** — Säuglingsfibel — Edit. Hirzel, Leipzig, 1970.
19. **Hertl. M.** — Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege für Schwestern, Ediția a II-a, Edit. Thieme, 1969.
20. **Huault G.** — La réanimation de l'enfant à la naissance, *Anesth. Analg. Réan.*, 1973, **30**, 6, p. 1 149—1 163.
21. **Joppich G.** — Kinderpflegelehrbuch für Säuglings- und Kinderschwestern, Ediția a V-a, Edit. F. Enke, Stuttgart, 1957.

Scanned with OKEN Scanner

22. **Koller Th., Willi H.** — La mère et l'enfant, ediția a XV-a, Edit. Schulthess, Zürich, 1957.
23. **Lajosi F.** — Untersuchungsschemata für Neugeborene, *Kinderarzt*, München, 1971, **19**, 1, 5—8.
24. **Leiber B., Schlack H.** — ABC für junge Mütter, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1969.
25. **Liebe S.** (red.) — Lehrbuch für die Kinderpflegerin und Kinderkrankenschwester vol. I—II, ediția a III-a, Edit. V.E.B. Thieme, Leipzig, 1971.
26. **Mainard R., Grislain R.J., Berranger P., Brelet G.** — Les Vaccinations, *Medec. inf.*, 1969, **76**, 2, p. 85—180.
27. **Malinas Y** — La grossesse normale et le praticien, *Concours medic* — supliment, 1974, **96**, 14, p. 1—40.
28. **Manciaux M., Man de R,. Masse P. N.** — Pédiatrie sociale, Editura Flammarion, Paris, 1972.
29. **Moll H.** — Notfallfibel bei Kindern, Editura Springer, Berlin, Heidelberg, Göttingen, 1972.
30. ******* — *Munca Sanitară* — revista cadrelor medii, U.S.S.M., București, colecțiile 1968—1973.
31. **Opitz H., Schmid F.** — Handbuch der Kinderheilkunde, Band 3: Immunologie-Soziale Pädiatrie Edit. Springer, Berlin, 1968.
32. **Opitz H., Schmid F.** — Handbuch der Kinderheilkunde, Band 4: Stoffwechsel-Ernährung-Verdauung, Edit, Springer, Berlin, 1965.
33. **Palitzsch D.** — Systematik der praktischen Pädiatrie Ediția a II-a, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1971.
34. **Petrescu Coman V.** — Alimentația copilului sănătos și bolnav, ediția a II-a, Edit. medicală, București, 1964.
35. **Păunescu C.** (red.) — Manual pentru surori medicale, ediția a III-a, Edit. medicală, București, 1963.
36. **Plesser A., Vamira H.** — Die Organisation der Reanimation des Neugeborenen in einem Landkrankenhaus, *Anaesthesist*, 1973, **22**, p. 547—555.
37. **Prișcu Răzvan** — Îngrijirea și creșterea sugarului, Edit. medicală, București, 1969.
38. **Prișcu R., Alessandrescu D.** — Asistența mamei și copilului (I). Edit. medicală, București, 1974.
39. **Riederer Viola** — Moderne Säuglingsernährung, Editura J. Huber, Berna, 1971.
40. **Russ Virginia, Feldioreanu Tr., Căpraru Herta, Simu Florica** — Tehnica îngrijirii copilului sănătos și bolnav, Edit. medicală, București, 1969.
41. **Schmidt W.** — Das Handbuch der Babypflege, Editura Beiersdorf, Hamburg, 1971.
42. ******* — Scrisori metodologice, Nr. 1 și 2 editate de I.O.M.C., București, 1973.
43. **Silver H.K., Kempe H.C.** — Healthier Babies-Happier Parents, Edit. Lange, Los Altos, Calif., 1965.
44. **Silver H.K., Kempe C.H., O'Brien D.** — Pediatrics Diagnosis — Treatment, Edit. Lange, Los Altos, Calif., 1970.
45. **Solé A., Spranger W.** — Lehrbuch für Säuglings- und Kinderschwestern, Ediția a XI-a, Editura Urban-Schwarzenberg, München, 1956.
46. **Spevak M.D.** (red.) — Baby Book, Edit. Meredith Press des moines, New-York, 1969.
47. **Spock B.** — Comment soigner et éduquer l'enfant (trad. din limba engleză) Edit. Paramount, Liège, 1969.
48. **Testard R., Varlet Ph., Delaitre R.** — Conduite dietetique en presence d'une diarrhee aigue du nourrisson, *Medec. inf.* 1965, **72**, 3, p. 167—174.
49. **Vasiliu G., Ioan Virginia** — Sfaturile medicului de copii, Editura Medicală, București, 1967.
50. **Venzmer G.** (red.) — Noua carte a sănătății (trad. din lb. germ.), Editura medicală, București, 1970.
51. **Wällnofer H.** (red.) — Deine Gesundheit, ediția a 18-a, Edit. R. Löwit, Wiesbaden, 1973.
52. **Wiskott A.** — Lehrbuch der Kinderheilkunde, ediția a III-a, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1969.

Scanned with OKEN Scanner